



**UNIVERSIDADE DO MINHO  
ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE**

## **CURSO DE LICENCIATURA EM ENFERMAGEM**

**TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO  
ANO LETIVO 2014/2015 – 4º ANO**

**Helder Barbosa Baía, nº 2565**

**Mindelo, Novembro de 2015**



Trabalho de Conclusão de Curso apresentado na Universidade do Mindelo como objetivo principal a obtenção do título de Licenciatura em Enfermagem.

*Helder Barbosa Baía, nº 2565*

**Assistência de Enfermagem no pós-operatório:  
Cuidados de Enfermagem ao Utente Submetido a Colecistectomia**

*Orientador: Dr. Mário Figueiroa*

## **DEDICATÓRIA**

Dedico este trabalho aos meus pais, Leandro Baía e Maria Antónia, que trabalharam incansavelmente para fazer de mim aquilo que sou hoje, perante várias dificuldades que foram superadas, aos meus irmãos, Vanderleia, Elizandro e Elizangêla, todos os meus familiares, a todos os meus docentes e colegas de curso que participaram e contribuíram para a minha formação, ajudando-me a realizar o sonho de ser enfermeiro.

## AGRADECIMENTOS

Torna-se fundamental expressar o meu agradecimento e reconhecimento a todas as pessoas que contribuíram para a concretização e que me ajudaram ao longo deste percurso o alcance desse triunfo.

Assim aproveito este espaço para deixar os meus agradecimentos:

Aos meus pais **Leandro Baía e Maria Antónia**, que me ensinaram valores da vida e conhecimento, souberam educar-me, mesmo estando longe incentivaram-me para que pudesse ter um futuro melhor e que, com orgulho, hoje pudessem dizer: Meu filho é **Enfermeiro**.

Ao orientador deste trabalho monográfico, o Doutor Mário Figueiroa, e a professora Sueli Reis e Gericia Duarte, pela orientação científica, disponibilidade, dedicação e apoio.

Agradeço os meus familiares, especialmente à minha irmã Vanderleia Baía, que apoiou-me muito ao longo do meu trajecto.

Aos meus colegas de turma, em especial agradecimento à Eliane Pinto, Lavínia Lopes, Sueli Aline, Pedro da Graça, Soraia Monteiro e ao meu colega de luta Richard Santos, onde não tenho palavras para descrever todos esses quatro anos que passamos juntos.

Aos meus colegas de grupo, cuja colaboração foi imprescindível para o vivenciamento desta etapa.

Aos meus colegas de república estudantil, em especial ao meu primo Elton Baía, pelos conselhos que me deram e que fizeram parte do meu percurso ao longo destes quatro anos de formação.

Aos enfermeiros que deparei-me durante o meu percurso, especialmente os enfermeiros do Bloco Operatório, e todos os profissionais de saúde em geral.

E por fim aos meus queridos amigos pela convivência constante, que de uma forma ou de outra estiveram sempre presentes.

Muito obrigado a todos, sem vocês não seria possível a realização deste trabalho.

## EPÍGRAFE

*“Escolhi os plantões, porque sei que o escuro da noite amedronta os enfermos, escolhi estar presente na dor, porque já estive muito perto do sofrimento, escolhi servir ao próximo, porque sei que todos nós um dia precisamos de ajuda, escolhi o branco, porque quero transmitir a paz, escolhi estudar métodos de trabalho, porque os livros são fonte do saber, escolhi ser Enfermeiro, porque Amo e respeito a Vida”!*

Florence Nightingale (1920)

## Índice

INTRODUÇÃO.....	15
PROBLEMÁTICA E JUSTIFICATIVA .....	17
CAPÍTULO I - ENQUADRAMENTO TEÓRICO.....	20
1.1. Vesícula Biliar.....	21
1.2. Anatomia da Vesícula Biliar .....	21
1.2.1. Colecistectomia .....	22
1.2.2. Colelitíase, Colecistite e Coledocolitíase .....	22
1.3. Complicações da cirurgia .....	24
1.4. Fatores de Risco dos Cálculos Biliares .....	24
1.5. Fisiopatologia .....	25
1.6. Carcinoma do Sistema Biliar/Etiologia e Epidemiologia. ....	26
<b>1.7. Complicações da Vesícula Biliar .....</b>	<b>26</b>
1.8. Cirurgia.....	27
1.8.1. O Utente Face a Cirurgia.....	27
1.8.2. Transporte e Receção do Utente.....	28
1.8.3. Fatores de Risco .....	28
1.8.4. Medo .....	29
1.8.5. Aspectos Psico-Sociais.....	29
1.8.6. Classificação da Cirurgia .....	30
1.9. Aspectos Gerais do Pós-Operatório .....	31
1.9.1. Sistema Respiratório .....	32
1.9.2. Sistema Cardiovascular .....	32
1.9.3. Sistema Renal .....	33
1.9.4. Suporte Nutricional e de Eliminação.....	34
1.9.5. Ferida Cirúrgica.....	34
1.9.6. Posicionamento no Leito .....	35
1.9.7. Dor.....	35
1.9.8. Segurança e Conforto .....	36
1.10. A Enfermagem .....	36
1.11. Enfermagem Pós - Operatório .....	37
1.11.1. Funções do Enfermeiro Perioperatório.....	38
1.11.2. Intervenções de Enfermagem .....	39

1.12.	Intervenções de Enfermagem Realizados pelos Enfermeiros do H.B.S no Pós-Operatório ao Utente Submetido a uma Colecistectomia.....	40
1.13.	Cuidados de Enfermagem ao Utente Submetido a uma Colecistectomia.....	41
1.13.1.	Cuidados no Pós - Operatório .....	41
1.14.	Intervenção de Enfermagem ao Utente Submetido a uma Colecistectomia ....	41
1.14.1.	Presença de Dor.....	41
1.14.2.	Presença de Hipertermia.....	42
1.14.3.	Presença de Náuseas e Vómitos .....	42
1.15.	Períodos Operatórios.....	42
1.15.1.	Avaliação Inicial .....	43
1.15.2.	Preparação Psico espiritual.....	44
1.15.3.	Preparação Física.....	44
1.16.	O Utente no Pós-Operatório .....	44
1.16.1.	Pós-operatório Imediato .....	45
1.16.2.	Pós-operatório Tardio.....	45
1.17.	Registro dos Cuidados de Enfermagem Perioperatória. ....	45
1.18.	Diagnósticos de Enfermagem .....	46
1.18.1.	Diagnósticos de Enfermagem e Planos de Cuidados ao Utente Submetido a uma Colecistectomia .....	47
1.19.	Importância da Família ao Utente Submetido a uma Colecistectomia .....	48
1.20.	As Necessidades Humanas Fundamentais de Virgínia Henderson Modelo Teórica	49
2.	CAPITULO II ENQUADRAMENTO METODOLÓGICO.....	50
2.1.	FUNDAMENTAÇÃO METODOLÓGICA .....	51
2.1.1.	Tipo de Estudo e Meio .....	51
2.1.2.	Instrumentos de Recolha de Dados .....	52
2.1.3.	Princípios Éticos.....	53
2.1.4.	População .....	53
2.1.5.	Campo empírico .....	54
2.1.5.1.	O Espaço Arquitectónico e o Circuito do Bloco Operatório do H.B.S. ....	54
2.1.5.2.	Recursos Humanos do Bloco Operatório do H.B.S. ....	54
2.2.	Caracterização da População Alvo.....	55
3.	Apresentação das características do público-alvo.....	55
4.	CAPÍTULO III - FASE EMPÍRICA .....	57
4.1.	Análise dos Resultados e Tratamento de Dados .....	58



DISCUSSÃO DOS RESULTADOS .....	63
4.2. Reflexões Finais .....	67
5. SUGESTÕES .....	70
6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	71
7. ANEXOS.....	74
8. Apêndices .....	77

## **Índice Tabela**

7.1. Tabela nº 1: Distribuição do público-alvo segundo o género .....	75
7.2. Tabela nº 2: Distribuição do público-alvo segundo o género .....	75
7.3. Tabela nº 3: Distribuição do público-alvo segundo grau académico .....	75
7.4. Tabela nº 4: Distribuição do público-alvo segundo anos prática profissional Enfermagem (Enf) .....	76
7.5. Tabela nº 5: Distribuição do público-alvo segundo anos prática profissional Enfermagem no Bloco Cirúrgico (B.C).....	76

<b>9. Apêndices .....</b>	<b>77</b>
Apêndice I Solicitação Autorização para Recolha de Dados. ....	77
Apêndice II- Termo de consentimento informado .....	78
ApêndiceIV- Elaboração do cronograma .....	80

## RESUMO

O presente trabalho intitula-se, **Assistência de Enfermagem no Pós-Operatório: Cuidados de Enfermagem ao Submetido a uma Colectistectomia**, tendo como objectivo principal, identificar cuidados de enfermagem no período pós-operatório ao utente submetido a colectistectomia. Achou-se pertinente abordar essa temática tendo em conta que a passagem por essa cirurgia acarreta a perda de um órgão, por parte do utente, mudança no metabolismo o que vai dificultar a sua vida diária, e fica sujeito a adotar um estilo de vida menos ativo e dinâmico ao que estava acostumado.

Optou-se por uma metodologia qualitativa do tipo descritiva e exploratória de carácter fenomenológico, sendo que a população-alvo é constituída por sete Enfermeiros, que trabalham diariamente com utentes no Centro Cirúrgico do Hospital Baptista de Sousa (HBS).

O tratamento dos dados foi efetuado através da análise de conteúdos. Os dados foram apresentados através de tabelas, onde foram retirados algumas conclusões consideradas importantes.

De acordo com a percepção dos enfermeiros, umas das principais conclusões desse estudo realça o fato do serviço do Centro Cirúrgico apresentar algumas dificuldades a nível materiais e humanos consideradas indispensáveis na prevenção de possíveis complicações, os cuidados de enfermagem devem ser feitos de forma holística, dando segurança ao utente, explicando todo o processo cirúrgico, o que acaba por melhorar a humanização dos cuidados na prática do dia-a-dia.

Ainda os enfermeiros realçam que a enfermagem tem um papel crucial no atendimento dos utentes no pós- operatório, e são esses profissionais que estabelecem o contato direto com os mesmos, tais referiram alguma dificuldade, o que põe em causa a sua realização.

Palavras-chave: **Enfermagem, Intervenções de Enfermagem e Colectistectomia.**

## **ABSTRACT**

This work is titled, Nursing Care in the Postoperative: Nursing Care Submitted to a cholecystectomy, with the primary aim to **identify nursing care in the postoperative period to the patient underwent cholecystectomy**. It was found appropriate to address this issue given that the passage through this surgery entails the loss of an organ, by the user, change in metabolism that will hinder their daily life and be subject to adopt a lifestyle less active and dynamic to what was used.

We opted for a qualitative methodology, descriptive and exploratory type, of phenomenological character, and the target population is composed of seven nurses, who work daily with users in the Surgical Center of the Baptista de Sousa Hospital (HBS).

Data analysis was performed through content analysis. The data were presented in tables, which make us capable to do some considered important conclusions.

With the perception of nurses, one of the main conclusions of this study highlights is the fact that the Operating Room service present some human and material difficulties considered indispensable to prevent possible complications, nursing care should be done holistically, giving security to the user, explaining the entire surgical process, which ultimately improve the humanization of care in the practice of day-to-day.

Even nurses realize that nursing plays a crucial role in meeting the users in the postoperative period, and it is these professionals who establish direct contact with them, such reported some difficulty, which calls into question their achievement.

**Keywords: Nursing, Nursing Interventions and cholecystectomy.**

## **LISTA DE SIGLAS**

AORN- Association of Operating Room Nurses

AESOP- Associação dos Enfermeiros de Sala de Operações Portuguesas

BO- Bloco Operatório

DM- Diabetes Melittus

ECG- Electrocardiograma

EORNA- European Operating Room Nurses Association

FC.- Frequência Cardíaca

HBS- Hospital Baptista de Sousa

HAD - Harmónio Antidiurético

ICC - Insuficiência Cardíaca Congestiva

NHF - Necessidades Humanas Fundamentais

NANDA- Norte American Nursing Diagnosis Association

PA- Pressão Arterial

QSD -Quadrante Superior Direito

RPA - Recuperação Pós-Anestésico

SRPA-Sala Recuperação Pós-Anestésico

SNG - Sonda Nasogástrica

UPO - Unidade Pós-Operatório

## INTRODUÇÃO

Este trabalho surge no âmbito do 4ºano Licenciatura em Enfermagem na Universidade do Mindelo. Trata-se de um trabalho monográfico objectivando o início da aprendizagem e domínio da investigação científica no campo da saúde e para obtenção do título de licenciatura em enfermagem. Para a sua elaboração optou-se por um estudo qualitativo tipo descritivo e exploratório de cariz fenomenológico.

Sendo a enfermagem uma ciência em evolução, deixou de ser uma profissão empírica ou meramente tecnicista e passou a ser uma profissão com bases científicas, e com isso é importante a elaboração de trabalhos científicos, para que os profissionais de saúde possam melhorar a qualidade de trabalho e a qualidade dos cuidados prestados.

O tema em estudo intitula-se, Assistência de Enfermagem no Pós-operatório: Intervenções de Enfermagem ao Utente submetido à Colecistectomia, o presente estudo surge da necessidade de tentar compreender e demonstrar a importância dos cuidados de enfermagem envolvidos no atendimento ao utente submetido a colecistectomia.

A pertinência da elaboração desse estudo centraliza-se na aquisição e aprofundamento dos conhecimentos no período pós-operatório, devido ao facto de ser nesse serviço onde se encontram os utentes submetidos a algum tipo de cirurgia e, por conseguinte, necessitam de um cuidado individualizado.

Achou-se também essencial abordar essa temática tendo em conta que a passagem por essa cirurgia acarreta a perda de um órgão por parte do utente e disfunção imediata de tal modo, implicando o uso de medicamentos, mudança no metabolismo, hábitos alimentares para o restabelecimento das funções orgânicas, o que vai dificultar a sua vida diária, e fica sujeito a adotar um estilo de vida menos ativo e dinâmico ao que estava acostumado, necessitando de cuidados especializados.

Cabe à enfermagem e aos demais membros da equipa multiprofissional uma assistência focalizada nas necessidades do utente, contribuindo para a qualidade e integralidade do atendimento, tratamento e recuperação.

Desta forma, o trabalho monográfico dividiu-se em três capítulos bem definidos: no primeiro momento encontra-se a problemática e justificativa da escolha do tema e também aspectos importantes em relação ao tema.

No Capítulo I: Encontra-se o enquadramento teórico do estudo onde há aspetos pertinentes para a sua realização, como conceitos chave, etiologia, fatores de riscos, classificação, complicações etc.

Capítulo II: Enquadramento metodológico, define o método científico utilizado, a população e a amostra em estudo, os métodos e instrumentos de colheita de dados, as considerações éticas para a sua elaboração.

Capítulo III: Fase empírica do estudo, com a apresentação, análise e tratamento dos dados recolhidos. E para finalizar encontrar-se-á as considerações finais, sugestões, as referências bibliográficas utilizadas, anexos e apêndice.

O trabalho foi redigido de acordo com as normas do conselho científico da Universidade do Minho, com base no livro, Introdução à Investigação Científica, guia para investigar e redigir, tendo como autor o Magnífico Reitor da Universidade do Minho, Albertino Graça.



## PROBLEMÁTICA E JUSTIFICATIVA

A escolha da temática deste trabalho de investigação vai de encontro ao interesse pessoal, as vivências académicas, da curiosidade despertada durante os ensinamentos clínicos realizados no Centro Cirúrgico do HBS, e também das experiências vivenciadas durante os mesmos, logo aumentou mais o interesse sobre esta temática.

Um dos aspetos importantes, que veio reforçar esta escolha é aumentar os conhecimentos sobre o mesmo, melhorando a assistência dos cuidados em enfermagem nos períodos perioperatório.

Assim sendo há necessidade do enfermeiro acompanhar as actuais evoluções na saúde, perspectivando o desenvolvimento da profissão, proporcionando uma ferramenta para os profissionais de enfermagem melhorarem a sua eficácia na prestação dos cuidados perioperatórios ao submetido a uma cirurgia de colecistectomia.

É importante realçar que o cuidado é a essência da enfermagem e sendo assim, o enfermeiro é essencial nos processos de atenção à saúde. É no contexto hospitalar, que o papel do enfermeiro torna-se ainda mais relevante quando este cuida do utente que se encontra em período perioperatório, ou seja, desde o pré-operatório, passando pelo trans e dando sequência ao pós-operatório até a alta do utente.

Relativamente a temática em si, “mundialmente, estima-se que a cada ano cerca de 500 000 cirurgias são realizadas, ocorre frequentemente em pessoas de média idade e mais velhas, sendo duas vezes mais frequente nas mulheres”.

A taxa das cirurgias de colecistectomia tem vindo a aumentar consideravelmente, e é um problema de saúde frequente sendo a terceira causa de internação de emergência mais frequente na cirurgia.

Assim sendo, “são diagnosticados, anualmente, 1 milhão de casos novos de colecistectomia. A maioria dos casos é assintomática e teoriza-se que um grande número de casos se mantenha sem diagnóstico (Rothrock, Jane 2003, p.1566).

Segundo o mesmo autor supracitado, os cálculos atingem cerca de 10% nos homens e 15% nas mulheres com idades superior a 55 anos. Calcula-se que 20 a 25 milhões de adultos têm cálculos biliares, sendo que 10% destas desenvolvem sintomas ao fim de 5 anos após o diagnóstico.

Dada a existência de apenas dois Hospitais Centrais e sendo Cabo Verde um país insular, registou-se, de acordo com os dados estatísticos do Relatório de Estatístico de Saúde de Cabo Verde (2013, p. 88), houve a realização de 1355 intervenções cirúrgicas na especialidade de cirurgia geral no Hospital Agostinho Neto e 705 no H.B.S.

De acordo com os dados recolhidos no Centro Cirúrgico do Hospital Batista de Sousa (HBS), deparou-se com um número significativo de colecistectomia, cerca de 71 cirurgias realizadas de Janeiro de 2013, até Maio de 2015, e isso tende a aumentar.

E, para demonstrá-lo, tivemos a necessidade de representá-lo no quadro abaixo, com os referidos aos anos, de 2013, 2014 até Maio de 2015, como também o número de cirurgias de colecistectomia realizadas no (HBS) e suas percentagens. Os dados de 2015 são referentes até ao mês de Maio, o que significa que até o fim deste ano a percentagem de cirurgias venha a ter um valor superior à do ano 2013 e 2014.

Ano	Cirurgias	Percentagem
2013	18	25.35%
2014	29	40.85%
2015	24	33.8%
Total	71	100%

Portanto, há uma preocupação cada vez maior com possíveis problemas de desenvolvimento associados à colecistectomia.

Com os avanços da tecnologia e da ciência na área de saúde constatou-se várias transformações, no sentido de melhorar a qualidade de vida dos utentes uma vez que a perspectiva de vida tem vindo a aumentar.

Porem, é certo que esses progressos têm procriado muitos desafios no sistema de saúde e que muitas vezes não conseguem dar uma resposta positiva gerando problemas, como dificuldade na assistência dos cuidados prestados aos utentes submetidos a cirurgias, bem como elevados custos no sistema de saúde.

Esta assistência deve basear-se num sistema que vá de encontro com os cuidados contínuos e de complexidade progressiva em relação proporcional ao nível de risco das cirurgias. A determinação do risco de cada , em cada momento do processo assistencial, permite alcançar recursos adequados às necessidades de uma forma eficiente.

Assim, para cada momento, desde do pré-operatório até a alta do utente , devem ser definidas e planeadas as actividades assistenciais, considerando: uma proximidade a nível de cuidados do utente na área assistencial, os recursos humanos necessários, as normas assistenciais e os procedimentos a serem utilizados.

O nível de cuidado que um utente requer está definido pelo risco de vida, favorecendo o bem-estar, melhorando a prestação dos cuidados de enfermagem, atendendo uma continuidade e intensidade nos cuidados.

Neste sentido, surgiu a motivação e interesse de desenvolver esse trabalho, com o objectivo de identificar os cuidados de enfermagem no período pós-operatório ao utente submetido a uma cirurgia de colecistectomia de acordo com as condições existentes, de modo a melhorar a qualidade de vida do mesmo.

Neste sentido emergiu para o investigador a seguinte pergunta de partida: **“quais os cuidados de enfermagem a um utente submetido a uma colecistectomia no pós-operatório no Centro Cirurgico do Hospital Baptista de Sousa?”**

Para alcançar os resultados esperados no âmbito da elaboração do trabalho, delineia-se como objetivo os seguintes:

#### Objectivo geral

- Identificar os cuidados de enfermagem no período pós-operatório ao utente submetido a colecistectomia no Centro Cirúrgico do H.B.S..

#### Objetivos específicos

- Demonstrar assistência de enfermagem a um utente submetido a uma colecistectomia no período pós-operatório no Centro Cirúrgico do H.B.S.
- Descrever os cuidados que os enfermeiros utilizam para favorecer o bem-estar dos utentes face a cirurgia no Centro Cirúrgico do H.B.S.
- Identificar as dificuldades na prestação dos cuidados de enfermagem aos utentes submetidos a uma colecistectomia no Centro Cirúrgico do H.B.S..
- Conhecer as necessidades do enfermeiro para melhorar a humanização dos cuidados de enfermagem pós-operatório no Centro Cirúrgico do H.B.S..

## **CAPÍTULO I - ENQUADRAMENTO TEÓRICO**

Neste capítulo encontra-se expostos conceitos importantes relacionados com a questão em investigação, consideradas indispensáveis para a elaboração e compreensão desta temática em estudo. As doenças de vesícula são extremamente frequentes e os cálculos podem surgir em qualquer parte do sistema biliar, provocando infecção, inflamação ou até carcinoma.

## 1.1. Vesícula Biliar

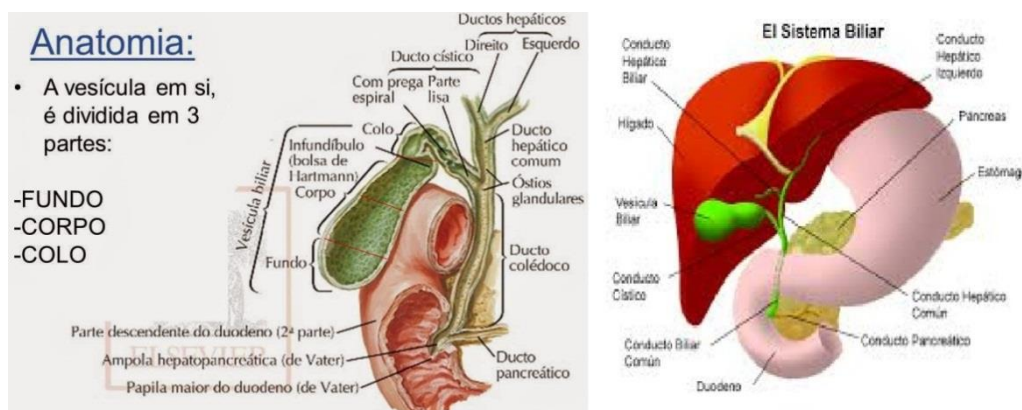
A vesícula biliar é uma espécie de saco, com a forma de pêra localizada logo abaixo do fígado, onde conecta o fígado ao intestino através de canos chamados ductos biliares.

Segundo Rothrock, Jane (2003, p.1567) (...) “A litíase (pedra) da vesícula biliar é uma doença comum do aparelho digestivo, sendo que a maioria das pessoas não desenvolvem sintomas ou complicações da doença”.

Para o mesmo autor, principal função da vesícula é armazenar e concentrar a bile. A bile é um fluído verde-amarronado, é produzida pelo fígado e armazenada na vesícula biliar. Quando comemos comidas gordurosas, a vesícula biliar se contrai, esvaziando a bile pelos ductos biliares até o intestino, onde ajuda na digestão dos alimentos e na absorção de vitaminas.

## 1.2. Anatomia da Vesícula Biliar

A vesícula biliar tem cerca de 7 – 10 cm de comprimento em humanos e tem uma aparência verde-escura devido ao seu conteúdo (bile), não ao seu tecido. É conectada ao fígado e ao duodeno através do trato biliar, segundo (Nucleus Medical Media, 2011, s/n p.).



<http://lanatomia.blogspot.com/2014/08/vesicula-biliar.html>

A técnica cirúrgica utilizada para a remoção da vesícula biliar se denomina de colecistectomia, podendo ser por via laparoscópica ou convencional. A vesícula biliar é um órgão importante, porém não essencial à vida. Sua retirada pode ter pouco ou nenhum efeito na digestão.

### **1.2.1. Colecistectomia**

Quando o tratamento é farmacológico, as alterações dietéticas e as medidas terapêuticas de suporte não conseguem controlar a doença da vesícula ou do ducto biliar do utente, pode ser necessário retirar-lhe a vesícula biliar - conhecida como colecistectomia- essa operação ajuda a recuperar o fluxo biliar do fígado para o intestino delgado. (Boundy 2004, p. 04)

A colecistectomia tem atualmente como padrão-ouro a técnica laparoscópica, também denominada videolaparoscópica, com a chamada colecistectomia convencional ou aberta sendo feita em situações de excepção (Monteiro, 2006 p. 06).

“O termo colecistectomia significa retirada cirúrgica da vesícula biliar e pode ser por meio de laparotomia, que é uma incisão relativamente extensa, ou por intermédio de alguns pequenos orifícios feitos na parede abdominal. A primeira opção, ou seja, a colecistectomia feita com o auxílio da laparotomia, recebe também o nome de colecistectomia convencional e representa uma valiosa técnica a disposição dos cirurgiões.” Segundo (Monteiro, 2006, p. 06).

Das doenças do sistema biliar é de destacar a colelitíase, colecistite e coledocolitíase são os mais frequentes problemas de saúde do sistema biliar que afeta um número elevado de utentes.

### **1.2.2. Colelitíase, Colecistite e Coledocolitíase**

Os cálculos biliares podem surgir em qualquer parte das vias biliares. O termo colelitíase refere-se à formação de cálculos na vesícula, sendo uma doença biliar mais frequente. A inflamação aguda ou crónica, denominada de colecistite, pode ser precipitada pela presença de cálculos. Quando os cálculos se formam em, ou migram para, o canal biliar comum a situação é designada por coledocolitíase (Horton 2002, p. 1323).

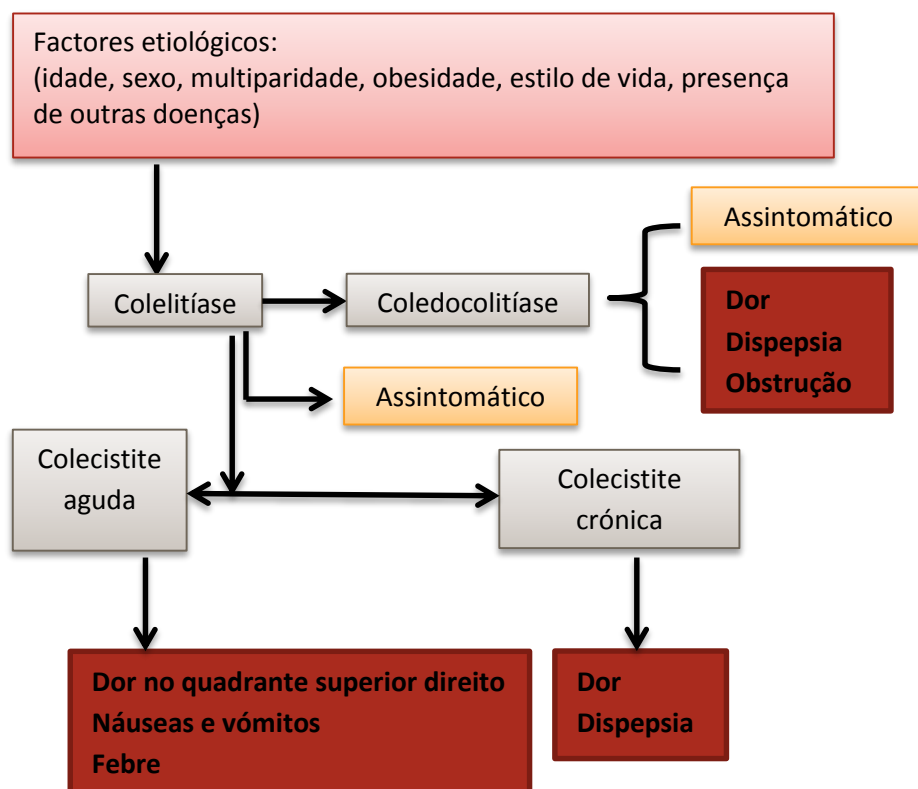
Segundo Horton,( 2002, p. 1323), a colelitíase é duas a três vezes mais frequente na mulher do que o homem, verificando assim um aumento da sua incidência com a idade.

“Embora a etiologia exacta dos cálculos biliares permaneça desconhecida, supõe-se que o desequilíbrio nos compostos biliares, que leva a hipersaturação e cristalização, tenha um papel muito importante”. Assim como a maioria dos indivíduos saudáveis têm, em várias ocasiões, hipersaturação da bÍlis sem desenvolver cálculos, é manifesto de outros factores como a motilidade gastrointestinal e vesicular estarão, igualmente implicados Horton,( 2002, p. 1323).

A colelitíase, como define Boundy (2004, p.05).É a “doença mais comum do trato biliar, com formação de pedras ou cálculos na vesícula biliar. Em geral o prognóstico é bom quando o utente for tratado, a menos que haja infecção”

“A colecistite pode causar todos os distúrbios associados à formação de cálculos biliares: colangite, coledocolitíase e Íleo biliar, podendo evoluir para complicações da vesícula biliar, tais como empiema, hidropisia ou mucocoele, ou gangrena. A gangrena pode causar perfuração, resultando em peritonite, formação de fístulas, pancreatite ou vesícula biliar de porcelana. Outras complicações são colecistite crónica e colangite”. (Boundy 2004, p. 05)

Assim na “Coledocolitíase os cálculos biliares saem da vesícula e alojam-se no ducto biliar comum, causando obstrução parcial ou total do trato biliar. A coledocolitíase pode causar colangite, icterícia obstrutiva, pancreatite e cirrose biliar secundária” .(Boundy 2004, p. 05)



**Fig1:**Desenvolvimento de colecistite não-complicada (Rothrock, Jane 2003, p.1567)

É de referir que perante essas situações o enfermeiro tem de estar atento a possíveis complicações cirúrgicas que podem aparecer no pós-operatório e tem a função de atuar para o bem estar do utente, providenciando uma total segurança e conforto.

### **1.3. Complicações da cirurgia**

Boundy (2004,p.08), relata que “as complicações da colecistectomia são raras, porém, quando aparecem, são graves. As complicações são: peritonite por obstrução da drenagem biliar e extravasamento da bile para peritônio, pode aparecer a síndrome pós-colecistectomia, caracterizada por febre, icterícia e dor. A cirurgia por videolaparoscópica pode causar lesão do ducto biliar ou do intestino delgado durante a introdução do trocarte.”

Segundo Smeltzer (2009, p. 02), os factores de risco que predispõem a doença são:

- Dieta rica em calorias e colesterol, associada à obesidade;
- Níveis elevados de estrogénio devido ao uso de anticoncepcionais orais, à terapia de reposição hormonal pós-menopausa, ou à gravidez;
- Uso de clofibrato;
- Diabetes Melittus (DM), distúrbios hemolíticos, doença hepática ou pancreatite.

É importante conhecer os factores de riscos para que possa prevenir de futuras complicações, e mudança do estilo de vida atendente as suas necessidades.

### **1.4. Fatores de Risco dos Cálculos Biliares**

- Sexo: duas a três vezes mais frequentes nas mulheres;
- Obesidade, especialmente na mulher;
- Meia-idade (o risco aumenta com a idade);
- Perda rápida de peso (cerca de 2,5kg/semana);
- Gravidez, multiparidade, utilização de contraceptivos orais;
- Hipercolesterolemia, utilização de medicamentos antilipidémicos;
- Doença de íleon.



Apesar das estratégias de prevenção da doença dos cálculos biliares não serem totalmente conhecidas, o exercício regular, dieta pobre em hidratos de carbono e a ingestão do café podem proporcionar uma certa protecção (Friedman 2004, p. 1323)

## 1.5. Fisiopatologia

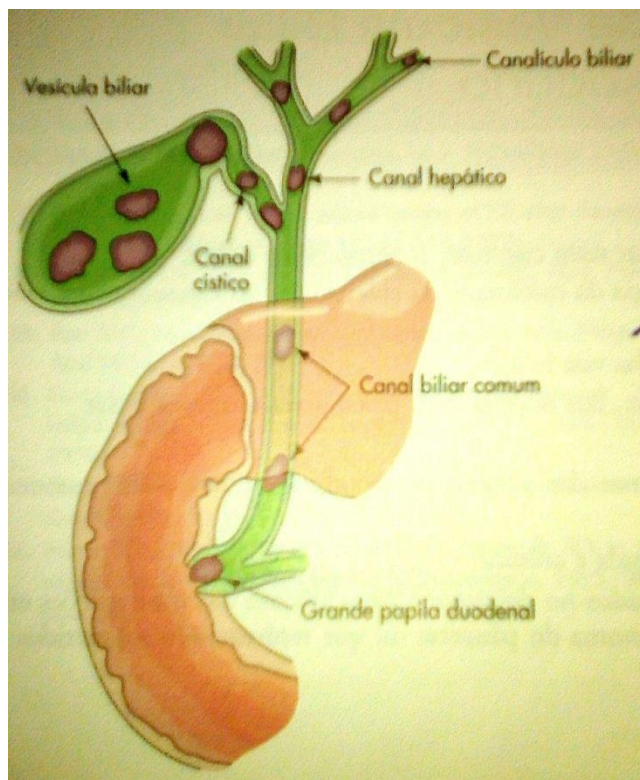
Para Rothrock, Jane (2003, p. 1556) a bÍlis é constituída principalmente por água mais bilirrubina conjugada, iões orgânicos e inorgânicos, pequenas quantidades de proteínas e três lípidos – sais minerais, lecitina e colesterol. Quando o balanço destes três lípidos se mantem intacto, o colesterol é mantido em solução. Se há um desequilíbrio, o colesterol pode começar a precipitar.

Segundo o autor supracitado a formação de cálculos biliares de colesterol é amplificada pela produção de uma mucina glicoproteica, que capta as partículas de colesterol. A hipersaturação da bÍlis com colesterol também altera a motilidade da vesícula biliar e contribui para a estase.

Os cálculos de colesterol são duros, esbranquiçados ou amarelo-acastanhados, radiotransparentes e podem ser muitos grandes (maiores de 4 cm). Os cálculos frequentemente são múltiplos, mas podem ser únicos (*ibidem*).

O processo de formação dos cálculos é lento. Teoriza-se que os cálculos crescem gradualmente durante 2 a 3 anos e depois estabilizam em tamanhos. Oitenta e cinco por cento de todos os cálculos têm um diâmetro inferior a 2 cm. A maioria encontram-se na vesícula biliar, mas calcula-se que 15% a 60% das pessoas com mais de 60 anos, que são submetidas à cirurgia devido a cálculos biliares também tem cálculos no canal biliar comum. (Ghiloni 1993,p.764)

“As manifestações clínicas clássicas da litíase vesicular sintomática inclui a roe no quadrante superior direito (QSD) do abdómen, que é descrita como intensa e constante. A dor frequentemente irradia para a omoplata ou ombro, tem um início súbito e persiste cerca de 1 a 3 horas.pode acordar o doente durante a noite ou pode estar associado a ingestão de gorduras. Alguns doentes sofrem de náuseas e vômitos e podem estar com febre” Ghiloni, (1993, p.764).



**Fig.2:** Locais frequentes de cálculos biliares (Rothrock, Jane 2003, p.1566).

## 1.6. Carcinoma do Sistema Biliar/Etiologia e Epidemiologia.

Os tumores principais da vesícula biliar são extremamente raros e a sua incidência pode estar a diminuir devido a pronta intervenção cirúrgica na doença de vesícula biliar. A etiologia é desconhecida. O carcinoma da vesícula biliar verifica-se, sobretudo em pessoas com mais de 60 anos de idade, sendo três vezes mais frequente na mulher. (Ymamoto.2003, p.1328).

Segundo Strasberg e Drebin, (2003, p.1328), o carcinoma também pode desenvolver-se nos canais biliares, afectando, habitualmente, doenças entre os 50 e os 70 anos de idade. O colangiocarcinoma está fortemente associado a determinadas infecções e parasitas que afectam pequenas populações entre diferentes parte do mundo. Cerca de 10% dos doentes com colangite esclerosante primária desenvolvem colangiocarcinoma.

## 1.7. Complicações da Vesícula Biliar

Os problemas das vias biliares compreendem obstrução, inflamação, infecção e carcinoma. As doenças da vesícula biliar são extremamente frequentes, afectando milhões

de adultos, anualmente (Horton 2002, p. 1323). A cirurgia está intimamente ligada a história da evolução da medicina e da enfermagem.

## **1.8. Cirurgia**

Segundo Marek e Boehnlein (2003, p. 525), cirurgia tem origem na palavra grega *Kheirourgia*- trabalho realizado manualmente, enquanto Ferreira, (Apud Utiyamaetal 2007, p. 526) acrescenta que esta provém do termo *chirurgia* em latim, definindo-se portanto, como o tratamento para os males do corpo através de recursos manuais.

“Normalmente, a cirurgia é vista como uma ameaça à integridade corporal do indivíduo, que tem como objectivo tratar doenças ou lesões, em que é necessário uma adequação de ambiente, de pessoal e equipamentos específicos para cada região do corpo” Santos (2005, p.229). Contudo, López e Cruz (1998, p. 89) “adicionam a ideia de que esta possibilita a eliminação ou delimitação da doença quando o tratamento clínico já não se revela eficaz”.

Assim “a cirurgia, através de técnicas manuais e instrumentais, procura remover focos de infecção, retirar órgãos doentes, restaurar funções alteradas no organismo e, mais recentemente, implantar próteses e aparelhos electrónicos” Gallucci (Apud Silva, Rodrigues e Cesaretti, 1997, p. 63).

Assim sendo a cirurgia altera a homeostase do organismo, alterando o equilíbrio hidroelectrolítico, os sinais vitais e a temperatura do corpo. Independentemente do tempo cirúrgico, o risco de complicações pós-operatórias está presente em toda intervenção.

Para Sorrentino (2001, p. 89), o acto cirúrgico tem como objetivo a remoção de um órgão, de uma parte do corpo ou de um tumor, podendo ainda ser usado para correcção de tecido danificado, como método de diagnóstico, como meio de melhoramento estético e para o alívio de sintomas. De acordo com Long (1999, p. 456), “a cirurgia é um desencadeador de stress, tanto psicológico (ansiedade, medo) como fisiológico (reacções neuroendócrinas).”

### **1.8.1. O Utente Face a Cirurgia**

A terminologia doente cirúrgica surge após já ter sido realizada a avaliação inicial médica com conhecimento da história clínica, exames e com o estabelecimento do diagnóstico inicial (Santos 2005, p. 230). Já Pitrez e Pioner (2003, p. 25) definem-no como

aquele cujo tratamento implica um acto cirúrgico, o que vai representar, por si só, uma lesão quer orgânica quer psíquica.

### **1.8.2. Transporte e Receção do Utente**

O enfermeiro do Centro Cirúrgico (CC) ou da Recuperação Pós - Anestésico (RPA) notifica o utente da Unidade Pós-operatório (UPO) que está pronto para ser transferido; durante a transferência, o utente é acompanhado pelo anestesista e pela enfermeira do CC ou da RPA. (Barrett 1996, p. 98)

A equipa multidisciplinar da UPO transfere o utente para a cama, certificando-se da correta e confortável posição do corpo e observando os cuidados com tubo endotraqueal, cateteres, drenos e sondas. Após a transferência para o leito, todas as sondas e equipamentos são identificados e ajustados apropriadamente. Recomenda-se que todas as infusões sejam substituídas por prescrições médicas actualizadas segundo (Barrett 1996, p. 101).

Assim sendo o enfermeiro da RPA ou do CC dá informações verbais, que incluem a história do utentes, seu estado, intercorrências no intra-operatório e na RPA.

O mesmo autor realça ainda que o enfermeiro da UPO informará as condições gerais do utentes, normas e rotinas das unidades, aos familiares, permitindo a entrada destes para a visita. Ficarão sob a responsabilidade do cirurgião, ou médico assistente, informações e orientações sobre a cirurgia.

A assistência de enfermagem durante o período pós-operatório imediato concentra-se em intervenções destinadas a prevenir ou tratar complicações. Por menor que seja a cirurgia, o risco de complicações sempre estará presente. A prevenção destas, no pós-operatório promove rápida recuperação, poupa tempo, reduz gastos, preocupações, ameniza a dor e aumenta a sobrevida (Netinha, 2003, p. 55).

### **1.8.3. Fatores de Risco**

Marek e Boehnlein (2003, p. 528) afirma que: “A cirurgia é uma experiência muito especial para cada doente, dependente dos factores de ordem psicossocial e fisiológica, que estejam subjacentes. (...) é um factor de stress, que produz reacções de stress fisiológicas (respostas neuroendócrinas) e psicológicas (ansiedade, medo). É também um fator de

stress social, a requerer adaptação da família e mudanças, temporárias ou prolongadas, de funções”.

O doente cirúrgico, normalmente, encontra-se emocionalmente fragilizado, pois irá defrontar-se com algo que desconhece. Assim, é vital que a equipa de Enfermagem, para além de todos os outros cuidados, mantenha o doente calmo e seguro, segundo Soares, Gerelli e Amorim, (2007, p.762).

Dando seguimento ao referido, Sorrentino (2001, p. 89) “esclarece que o doente cirúrgico se encontra com medo, sendo por isso essencial, conseguir uma adequada preparação psicológica, de modo a que este sinta “ (...) calor humano, sensibilidade e cuidado” por parte dos profissionais de Enfermagem.”

Toda cirurgia traz ao utente dúvidas e medos sobre o procedimento e suas consequências, e a assistência pré-operatória de enfermagem se mostra fundamental nesse período.

#### **1.8.4. Medo**

Assim, segundo a mesma autora, enunciam-se os medos mais frequentes com que o doente cirúrgico se depara durante o período pré-operatório:

- Medo do cancro;
- Medo da deformação do seu corpo no pós-operatório;
- Medo da incompetência técnica;
- Medo da dor no intra-operatório;
- Medo da morte;
- Medo da anestesia e seus efeitos;
- Medo da dor no pós-operatório;
- Medo de possíveis complicações no pós-operatório;
- Medo de ser reoperado;
- Medo da separação com a família.

#### **1.8.5. Aspectos Psico-Sociais**

Segundo Santos (2005, p. 230), “para além do medo, outros sentimentos nascem perante o desconhecimento do acto cirúrgico”, tais como:

- Stress;
- Aumento do risco de infecção;
- Alteração da sua imagem corporal;
- Preocupação em relação à cicatrização;
- Dificuldade em alterar o estilo de vida pré-estabelecido;
- Possíveis consequências quanto à sua vida profissional, alterando o seu desempenho.

A autora supracitada afirma que “o principal efeito negativo será o stress, pois este poderá alterar todo o estado psicológico e emocional do doente, provocando ansiedade e medo associado à dor e outras complicações”.

#### **1.8.6. Classificação da Cirurgia**

Para Santos (2005, p. 236) a cirurgia pode ser classificada em relação a:

- Gravidade;
- Urgência;
- Finalidade.

Esta autora considera que a classificação da cirurgia quanto à gravidade pode ser:

- Grande Cirurgia – utilizada para reconstruir ou alterar alguma parte corporal externa, implicando um alto risco físico para o utente;
- Pequena Cirurgia – empregada com o objetivo de modificar ou reconstruir pequenas partes corporais, apresentando apenas um pequeno risco para o doente.

Quanto à urgência, pode ser:

- Cirurgia Electiva – o utente pode aguardar por uma ocasião mais propícia para a realização da mesma;
- Cirurgia de Urgência – o utente apenas pode esperar entre 24 a 48 horas;
- Cirurgia de Emergência- deve ser realizada de imediato, tendo como objectivo salvar a vida do utente.

Quanto à finalidade, os procedimentos cirúrgicos podem ser classificados em:

- Diagnóstica – para confirmação ou elaboração de diagnóstico;
- Ablativa - consiste na remoção de uma parte do órgão;
- Paliativa - tende a visar o alívio, a diminuição da intensidade da doença ou a compensação dos distúrbios, de modo a aliviar a dor;

- Reconstructiva - melhora a capacidade funcional ou reconstrói o tecido lesado;
- Transplante - substitui órgãos não funcionantes;
- Construtiva - repara a capacidade funcional perdida ou diminuída causada por malformações congénitas.

No entanto, para Pitrez e Pioner (2003, p. 25) a cirurgia pode dividir-se em dois grupos: Electiva- há tempo suficiente para a confirmação do diagnóstico e avaliação sem evolução da patologia, normalmente, benigna;

Urgência: - Urgência Absoluta - existe risco iminente da integridade ou vida do doente; - Urgência Relativa- é possível esperar por uma avaliação e preparação indispensáveis, de modo a não colocar em risco a vida do doente.

Assim “para o profissional de enfermagem, a classificação das cirurgias é de extrema importância, pois partindo desta classificação, é que os cuidados de enfermagem serão estabelecidos pelo enfermeiro, e realizados em eficiência pelos profissionais” (Santos 2005, p. 20).

## **1.9. Aspectos Gerais do Pós-Operatório**

Os cuidados de enfermagem ao utente no pós-operatório estão direccionados no sentido de recuperar o equilíbrio hemostático, prevenindo assim de possíveis complicações.

Para estes autores Kuzie, Mendes e Junior (1998, p. 102), “a cirurgia altera a homeostasia do organismo, alterando o equilíbrio hidroelectrolítico, os sinais vitais e a temperatura do corpo. Independentemente do tempo cirúrgico, o risco de complicações pós-operatórias está presente em toda intervenção”.

Segundo estes autores supracitados o enfermeiro da UPO procede a avaliação inicial do utente quando este é admitido na unidade. Esta avaliação incluirá as condições dos sistemas neurológicos, respiratório, cardiovascular e renal; suporte nutricional e de eliminações; dos acessos venosos, drenos; ferida cirúrgica; posicionamento, dor, segurança e conforto do mesmo.

A avaliação consiste na observação de:

### **1.9.1. Sistema Respiratório**

O utente no pós-operatório será cuidadosamente observado quanto à permeabilidade das vias aéreas e à ventilação pulmonar, em frequência, amplitude e ruídos. “Também será observado a presença ou não de desconforto respiratório, referido pelo utente ou verificado pela tiragem intercostal, batimentos de asa de nariz e uso da musculatura acessória” (Stacy 1996, p. 472).

Para Stacy (1996, p. 472), “as complicações respiratórias estão entre as mais comuns e podem ser causadas por vários fatores, tais como: doença respiratória prévia, efeitos depressivos dos anestésicos, broncoaspiração, imobilidade pós-operatória prolongada, tubo endotraqueal, oxigénio e aumento da secreção na árvore brônquica”.

Logo “os problemas respiratórios mais frequentes nos pós-operatórios são: atelectasia (colapso dos alvéolos em porções do pulmão), pneumonia (infecção aguda que causa inflamação no tecido pulmonar) e embolia pulmonar (causada por coágulos de sangue ou êmbolos de gordura)” segundo (Jacobs 1996, p.1665).

Assim este mesmo autor indica que os sinais e sintomas de complicações pulmonares incluem: “aumento da temperatura, agitação, dispneia, taquicardia, hemoptise, edema pulmonar, alteração do murmúrio vesicular, expectoração viscosa e espessa”.

“Alerta que entre os cuidados de enfermagem, para que seja mantida uma via aérea permeável, os mais frequentes são: mudar o utente de decúbito; estimular a tosse, apoiando a área da incisão cirúrgica, evitando-se o rompimento da sutura; promover alívio para desconforto e dor; administrar oxigénio; estimular a mobilização precoce no leito e a deambulação; verificar a consistência e o aspecto das secreções; hidratar o utente, se necessário; manter o nebulizador e o humidificador com nível de água adequado” (Stacy, 1996, p. 475).

### **1.9.2. Sistema Cardiovascular**

O cuidado básico na análise da função cardiovascular é a monitorização do utente em relação aos sinais de choque e hemorragia. O utente em pós-operatório deverá ser avaliado quanto aos sinais vitais, coloração da pele e mucosas, temperatura e grau de humidade, tempo de enchimento capilar (perfusão), verificação dos gases sanguíneos, ausculta e percussão cardíaca. (O'donnell 1996, p. 330)



Os objetivos principais da assistência de enfermagem no pós-operatório são: “monitorizar o ritmo e a hemodinâmica da função cardíaca adequada e estimular a perfusão tecidual, uma vez que, o utente cirúrgico tem risco de apresentar problemas cardíacos ou de perfusão. Os idosos e aqueles com história de doença cardíaca e vascular periférica são os de maior risco”.(Paloma 1996, p. 354)

Na perspectiva de Paloma (1996, p. 354), “as complicações cardiovasculares mais comuns são: arritmias cardíacas, hipertensão, hipotensão que resultam em trombose venosa profunda, infarto agudo do miocárdio e hipoperfusão periférica”.

Para este autor, O’donnell (1996, p. 330), “as causas de arritmias cardíacas pós-operatórias incluem: hipovolemia, dor, desequilíbrios electrolíticos, hipoxemia e acidose”.

Neste caso, o enfermeiro da UPO regista e avalia o ECG, monitoriza a pressão arterial, a saturação de oxigénio, a ventilação do utentes e colhe amostras sanguíneas para dosagem bioquímicas e hematológicas.

### **1.9.3. Sistema Renal**

“Alterações da função renal e do equilíbrio hidroelectrolítico também podem aparecer logo após a cirurgia. O procedimento cirúrgico e a anestesia estimulam a secreção de hormónioantidiurético (HAD) e da androsterona, causando retenção hídrica. O volume urinário diminui, independentemente da ingestão de líquidos. Estima-se que o utentes em pós-operatório, com função renal normal, apresente um débito urinário de aproximadamente 50 a 60 ml por hora<sup>2</sup>. (Jacobs. 1996, p.1412)

Este mesmo autor refere ainda que os desequilíbrios pós-operatórios podem levar a uma retenção dos produtos catabólicos, a problemas neurológicos, cardíacos, de hiper/hipohidratação (administração excessiva de líquido ou função renal inadequada; reposição inadequada intra e pós- operatória, perdas excessivas por sudorese, hiperventilação, drenagem de feridas e fluidos corporais).

Os principais objetivos do tratamento hidroelectrolítico no pós-operatório são: “manutenção do líquido extracelular e do volume sanguíneo dentro dos parâmetros da normalidade (por meio da administração de quantidades suficientes de líquidos); prevenção da sobrecarga hídrica, evitando-se, assim, insuficiência cardíaca congestiva (ICC) ou edema pulmonar” segundo (Jacobs 1996, p. 1413).

“A manutenção hidroeletrólítico após a cirurgia requer avaliação e intervenção do enfermeiro, evitando a sobrecarga hídrica conservando-se a pressão arterial e o débito cardíaco e urinário adequados. As intervenções de enfermagem incluem: avaliação de infusão, ingestão e eliminação adequadas de líquidos, verificação da pressão arterial, pulsação, electrólitos séricos e registro de ganhos e perdas” (Burns 1993, p. 376).

#### **1.9.4. Suporte Nutricional e de Eliminação**

Segundo Jacobs (1996, p.1573), “durante as primeiras 24 a 36 horas pós- cirurgia, muitos podem apresentar náuseas e vômitos. Neste caso, o enfermeiro, para os com sonda nasogástrica (SNG), verificará a permeabilidade e a drenagem; caso contrário colocará o utente em decúbito lateral para facilitar a drenagem, prevenindo broncoaspiração; se necessário administrará antieméticos conforme prescrito”.

O peristaltismo normal retorna durante as primeiras 48 a 72 horas após a cirurgia. É importante que o enfermeiro anote as evacuações no período pós-operatório. A função intestinal pode ser prejudicada pela imobilidade, manipulação dos órgãos abdominais, anestesia e uso de medicamentos para dor. (*ibidem*)

Geralmente a dieta inicial pós-operatória é líquida. Conforme o tipo de cirurgia e a tolerância do utentes é prescrita uma dieta livre, para promover o equilíbrio de vitaminas e sais minerais e um balanço adequado.

Aos impossibilitados de receberem dieta oral ou enteral por tempo prolongado, geralmente indica-se suporte nutricional por via parenteral.

“É benéfico para o retornar a dieta normal, o mais precoce possível após a cirurgia. Uma dieta normal promove o retorno precoce da função gastrointestinal uma vez que, a mucosa intestinal renova-se constantemente, sendo afectada pela disponibilidade de nutrientes e pelo fluxo sanguíneo intestinal, favorecendo, assim, a cicatrização da ferida cirúrgica; diminuindo o risco de translocação bacteriana, ou seja, passagem de bactérias e toxinas a partir da luz intestinal para linfonodos mesentéricos, circulação portal e órgãos sistémicos” (Jacobs 1996, p. 1574).

#### **1.9.5. Ferida Cirúrgica**

A manutenção de uma assepsia durante a cirurgia e no período pós-operatório é o fator mais importante na promoção da cicatrização. Os fatores que afetam a cicatrização da ferida são a localização da incisão, tipo de fechamento cirúrgico, estado nutricional, presença de doença, infecção, drenos e curativos (Dennison1996. p.1029).

“O curativo pós-operatório objetiva basicamente evitar a infecção da ferida. Algumas horas após seu fechamento primário, o espaço é preenchido com exsudato inflamatório e por volta de 48 horas, as células epiteliais marginais migram para a superfície da ferida, isolando as estruturas profundas do meio externo. Ao término de 72 horas, o exame histológico mostra que a cobertura epitelial está intacta” (Dennison 1996, p.1029).

De acordo com o autor supracitado as medidas de enfermagem destinadas a promover a cicatrização da ferida cirúrgica incluem: avaliar, medir e anotar a área da ferida, para comparações posteriores de evolução da mesma e alterações da pele.

#### **1.9.6. Posicionamento no Leito**

O utente deve ser avaliado quanto ao posicionamento que melhor favorecer a ventilação. As posições variam de acordo com a natureza da cirurgia, objetivando o conforto e a redução da dor.

#### **1.9.7. Dor**

A resposta do utente à dor é um processo subjetivo. A mensuração da dor é avaliada através de uma escala numérica de intensidade de dor, com score de 0 a 10. O utente pode manter um controle adequado da dor evidenciado por resposta verbal num score menor que 5. (Jacobs1996, p.1572)

Na óptica de Jacobs (1996, p.1665) “o enfermeiro indaga ao utente a respeito da localização, intensidade e qualidade da dor, iniciando as medidas que visam conforto, tais como, mudança de posição no leito e massagens. A necessidade de controlo da dor, através do uso de analgésicos narcóticos, é analisada pelo intensivista, e está indicada quando score maior ou igual a 5, nesta escala”.

O mesmo autor refere que é muito importante que a dor seja tratada, porque o utente precisa responder às instruções quanto a mobilização no leito, tosse, respiração profunda e, posteriormente, deambulação.

### **1.9.8. Segurança e Conforto**

Consideram-se ainda que os efeitos indesejáveis da imobilização, os enfermeiros devem verificar a cor, capacidade de mobilização e sensibilidade dos membros imobilizados, avaliando se deve ou não ser dada continuidade ao procedimento.

Algumas medidas de segurança serão adotadas para evitar a retirada inadvertida de cateteres, sondas, queda do utentes: manutenção de grades de protecção até que o utente acorde; sistema de campainha ao alcance do utente; apoio e acolchoamento das áreas de pressão, evitando danos aos nervos e distensão muscular (Hamlin e Richardson 2009, p. 04).

### **1.10. A Enfermagem**

Ao longo dos tempos, a enfermagem cirúrgica tem, progressivamente, evoluído dando maior ênfase ao atendimento holístico da pessoa para a satisfação das suas necessidades em substituição de uma intervenção exclusivamente técnica.

A enfermagem é uma ciência cujo seu objectivo é de cuidar, vendo o utente como um todo, como afirma o Conselho de Enfermagem (2001), “A enfermagem é a arte de cuidar e também uma ciência cuja essência e especificidade é o cuidado de modo integral e holístico.” A pessoa a ser cuidada possui um conjunto de características. Características estas que variam de pessoa em pessoa, e o Enfermeiro deverá levar isso em conta.

Nesta linha de pensamento, Cabral (2004, p. 123) refere que Virgínia Henderson (1996) considera o indivíduo completo, inteiro e independente quando as suas necessidades fundamentais são satisfeitas. As necessidades são, por ela definidas como requisitos ou exigências de que precisa e não a falta de algo; considerando assim as necessidades como algo positivo que tem em conta os aspectos físicos, biológicos, psicológicos, sociológicos e espirituais do utente.

As necessidades variam de indivíduo para indivíduo, pois cada pessoa é considerada um ser singular e único, logo a forma de satisfazer cada uma das necessidades é pessoal e individual.

### 1.11. Enfermagem Pós - Operatório

A enfermagem pós - operatório “é o período em que o utente é assistido durante a sua recuperação pós-anestésico. O período pós - operatório é um momento crítico para o utente, sendo importante a observação cuidadosa para manter as funções fisiológicas vitais dentro dos parâmetros da normalidade, até que os efeitos da anestesia desapareçam” (Burns 1993, p. 375).

Ainda complementa Burns (1993, p. 376),

“O pós-operatório é o período durante o qual se observa e se assiste a recuperação do utente no pós-anestésico e pós "stress" cirúrgico. Os objetivos da equipa multidisciplinar durante este período são: a manutenção do equilíbrio dos sistemas orgânicos, alívio da dor e do desconforto, prevenção de complicações pós-operatórias, plano adequado de alta e orientações”.

Assim, Smeltzer (2004, p. 03), realça que “a unidade de Pós - Operatório (UPO) tem por principal objetivo atender aos utentes vindos da sala cirúrgica ou da Recuperação Pós-Anestésica (RPA) e que foram submetidos a cirurgias eletivas - de uma única ou de várias especialidades. Nela também podem atender a cirurgias de urgência e transplantes, conforme a estrutura organizacional da Instituição”.

Para a Associação dos Enfermeiros de Sala de Operações Portuguesas (ASEOP 1998, p. 09) “o bloco operatório implica consciência cirúrgica, motivação, espírito de equipa, rigor profissional, destreza, rapidez, facilidade de adaptação, espírito crítico facilidade de concentração, resposta rápida a emergência, controlo de stress etc”.

Ainda pode-se dizer que “o Bloco Operatório é uma unidade orgânica-funcional, autónoma, constituída por meios humanos, técnicos e materiais vocacionados para prestar cuidados anestésicos/cirúrgicos especializados a utentes, total ou parcialmente dependentes, com o objectivo de salvar, tratar e melhorar a sua qualidade de vida”(AESOP 2012,p. 20).

É no pós-operatório que o enfermeiro vai prestar todos os cuidados necessários para o utente na recuperação de anestesia, onde estará sujeito a complicações pós - cirúrgico.

Como enfatiza Spry (2009, p. 03), “a fase do pós-operatório inicia-se quando o utente é admitido na unidade de recobro ou unidade de cuidados pós-anestésicos e terminar quando o utente está recuperado da cirurgia. Este período inclui o tempo de resolução das complicações da cirurgia.”

Ainda, Fairchild (1993: p. 03), acrescenta que “no período pós-operatório imediato, os cuidados de enfermagem centram-se na manutenção dos sistemas fisiológicos. Nas fases seguintes, o foco principal incide no ensino de competências ao e cuidadores para a preparação para a alta”.

É de referir que neste período o enfermeiro tem de ser competente, e responsável para prestar cuidados humanizados.

O trabalho da enfermeira no período pós-operatório, segundo a Aorn (2007, p. 03), tem como objetivo “aumentar a segurança e auto-estima dos utentes, estabelecer interacção, reduzir ansiedade, garantir segurança física, controlar assepsia, monitorizar condições fisiológicas e psicológicas, diminuir a morbi-mortalidade e realizar actividades em conjunto com a equipe multidisciplinar.”

Enquanto para Aron (1998, p. 09)

Define como funções de um enfermeiro perioperatório: “identificar as necessidades e psíquicas, sociais e espirituais do doente/família, para elaborar e pôr em prática um plano individualizado de cuidados que coordene as acções de enfermagem, baseadas no conhecimento das ciências humanas e da natureza, a fim de restabelecer ou conservar a saúde e o bem-estar do individuo antes, durante e após a cirurgia”.

### **1.11.1. Funções do Enfermeiro Perioperatório**

Spry (2009, p. 04), enumera como funções do enfermeiro perioperatório os seguintes:

- Avaliar os doentes antes, durante e depois da cirurgia;
- Realizar ensinamentos ao utente e família;
- Dar suporte ao utente e família;
- Ser “advogado” do utente ;
- Instrumentar ou circular durante o procedimento cirúrgico;
- Controlar o ambiente;
- Efectuar uma previsão eficiente dos recursos;
- Coordenar as actividades relacionadas com os cuidados do utente ;
- Comunicar e colaborar com os outros membros da equipa;
- Manter a assepsia;
- Efectuar a contínua monitorização física e psicológica dos utentes.

Assim sendo “nos contextos perioperatório, os diferentes profissionais de saúde trabalham com o objetivo comum de prestar cuidados apropriados, competentes e qualificados ao doente cirúrgico”. A filosofia de enfermagem perioperatório engloba uma abordagem holística multidisciplinar que, segundo Hamlin e Richardson (2009, p. 04), se preocupa em:

- Proporcionar um ambiente seguro;
- Proteger o utente de eventos adversos;
- Obter resultado positivo do utente ;
- Promover o reconhecimento e as competências dos membros da equipa multidisciplinar;
- Respeitar a dignidade de todas as pessoas, independente da sua origem e cultura.

Assim o período pós-operatório é um momento crítico para o utentes, sendo importante a observação cuidadosa para manter as funções fisiológicas vitais dentro dos parâmetros da normalidade, até que os efeitos da anestesia desapareçam.

É atribuição da equipa de enfermagem providenciar o leito e prepará-lo para receber os utentes. A unidade deve estar com materiais e equipamentos em perfeitas condições de uso, a fim de atender qualquer situação de emergência.

### **1.11.2. Intervenções de Enfermagem**

- Receber e transferir o utente da maca para o leito com cuidado, observando sondas e soro etc.
- Posicionar o utente no leito, conforme o tipo de anestesia;
- Verificar sinais vitais;
- Observar o estado de consciência (sonolência);
- Avaliar drenagens e soroterapia;
- Fazer medicações conforme prescrição;
- Realizar movimentos dos membros superiores ou inferiores livres se possível;
- Controlar a diurese;
- Assistir psicologicamente o utente e os familiares;
- Observar e relatar as seguintes complicações: (pulmonares “cianose, dispneia, agitação”); Urinárias (infecção e retenção urinária); Gastrointestinais (náuseas, vômitos, constipação intestinal, sede); Vasculares (Cianoses e edemas); da ferida

operatória (hemorragia, infecção e deiscência) e choque, segundo Netinha (2003, p. 55).

### **1.12. Intervenções de Enfermagem Realizados pelos Enfermeiros do H.B.S no Pós-Operatório ao Utente Submetido a uma Colecistectomia.**

<b>Quadro de intervenções de enfermagem realizados pelos enfermeiros de HBS no pós-operatório ao utente submetido a uma colecistectomia segundo os registos de enfermagem.</b>		
<b>Intervenções</b>	<b>Reacções mais frequentes</b>	<b>Terapêutica Utilizada</b>
Avaliação dos sinais vitais	Dor	1 ampola de caprolezina via endovenoso (IV)
Avaliação da saturação de oxigénio (SPO <sub>2</sub> )	Náuseas	Metoclopramida via IV no soro
Avaliação da frequência cardíaca (FC)	Vómitos	Tramadol via IV no soro
Avaliação de temperatura corporal	Hipotermia	Voltarem intra muscular via (IM) e via rectal (VR)
Ajudar na deambulação		Paracetamol 1000 mg via IV
Providenciar oxigenoterapia		Ampicilina 2g via IV
Acesso venoso		Metronidazol 500 mg IV
Avaliação de diurese		1 ampola de dolacem via IM
Soro utilizados: Ringer; Fisiológico e glucose 5%		

Fonte: «elaboração própria» segundo os dados recolhidos no Centro Cirúrgico do Hospital Batista de Sousa.



### **1.13. Cuidados de Enfermagem ao Utente Submetido a uma Colecistectomia**

Boundy (2004, p. 09), cita os cuidados de enfermagem no pré-operatório de colecistectomia como também os no pós – operatório.

#### **1.13.1.Cuidados no Pós - Operatório**

- Avaliar nível de consciência;
- Monitorar sinais vitais;
- Colocar o utente em posição de fowler baixa, após ter passado o efeito do agente anestésico;
- Medir e anotar volume, cor e características da drenagem da sonda nasogástrica e sonda vesical;
- Examinar e trocar os curativos quando necessário;
- Atentar para os sinais de complicações;
- Mensurar a dor do , caso presente;
- Administrar fármacos prescritos, como cita Boundy (2004, p. 09).

De acordo com o autor supracitado “actualmente a enfermagem perioperatório assume um carácter peculiar, preocupada em oferecer ao utente cirúrgico assistência especializada, individualizada e humanizada”.

### **1.14. Intervenção de Enfermagem ao Utente Submetido a uma Colecistectomia**

Na óptica de Boundy (2004, p. 12), apresenta as seguintes intervenções de enfermagem para utentes submetidos a um procedimento cirúrgico.

#### **1.14.1. Presença de Dor**

Caracterizar a dor; administrar analgésico prescrita; procurar posição de conforto; aliviar a dor; e ter disponibilidade para escutar/respeitar as queixas do utente.

### **1.14.2. Presença de Hipertermia**

Avaliar e registar a temperatura axilar; administrar anti-piréticos; aplicar parches de água fria; manter a roupa da cama leve.

### **1.14.3. Presença de Náuseas e Vômitos**

Administrar perfusões venosas, controlar o balanço hídrico; humidificar a cavidade oral / lábios, entubar naso-gastricamente segundo indicação médica; registar a resposta do doente à ingestão oral; ensinar o doente / família sobre a dieta; incentivar a refeições pequenas e frequentes.

“A evolução clínica satisfatória do utentes e a estabilização do estado hemodinâmico são sinais de que a fase crítica do pós-operatório terminou e que será transferido. Durante sua internação na UPO deve-se orientar o utentes, sempre que possível, sobre seu estado, a fim de prepará-lo para uma transferência ou para sua permanência na unidade, diminuindo assim sua ansiedade. Os familiares devem ser orientados sobre a rotina da unidade, estado geral do utentes, possíveis complicações, perspectiva de permanência na UPO e transferência para enfermaria” (Nettina 2003, p. 55).

O objetivo é demonstrar a importância do enfermeiro nos cuidados que são realizados no pós-operatório, desde a transferência para UPO, admissão até a alta para a enfermaria comunicado o estado real do utente para a família e pessoa significativa, visto que tem um papel muito importante.

## **1.15. Períodos Operatórios**

Após classificação da cirurgia cresce a importância de a dividir por períodos. Assim, Pitrez e Pioner (2003, p. 25), “consideram que o perioperatório compreende o tempo em que o doente toma o primeiro contato com o médico-cirurgião até lhe ser dada alta clínica definitiva”.

Segundo Marek e Boehnlein (2003, p. 527), o período perioperatório baseia-se também em três fases:

➤ Período pré-operatório – inicia-se quando a intervenção cirúrgica é planeada e termina quando o utente é transferido para o bloco operatório, onde irá receber os cuidados adequados;

➤ Período intra-operatório – começa com a passagem do doente para a mesa do bloco operatório, persistindo até o utente ser encaminhado para a unidade de cuidados pós-anestésicos;

➤ Período pós-operatório – consiste no acolhimento do utente na unidade de cuidados pós-anestésicos e termina com a avaliação final do utente no hospital.

“O período cirúrgico é dividido em três fases: a primeira é a pré-operatória; a segunda, a intra-operatória e, a terceira, pós-operatória. Nesta última, a enfermagem desempenha o importante papel de proporcionar ao utentes o retorno às actividades rotineiras. O pós-operatório inicia-se com os períodos pós-anestésico e pós-operatório imediato, nos quais o utentes está se recuperando dos efeitos anestésicos. O pós-operatório tardio é o tempo de cicatrização e prevenção das complicações, este período pode durar semanas ou meses após cirurgia” (Smeltzer 2004, p. 04).

### **1.15.1.Avaliação Inicial**

Segundo Marek e Boehnlein (2003, p. 530), “a avaliação inicial do utente, no período pré-operatório, começa pelo contato inicial entre utente e enfermeiro, e continua por todo o período. Deve ser uma avaliação holística a reflectir as necessidades fisiológicas, psicológicas, espirituais e sociais, do utente e de sua família ou pessoas significativas”

Estes autores defendem que, “durante a avaliação inicial, deve-se realizar a anamnese do utente, de modo a que seja possível identificar os fatores que podem aumentar o risco cirúrgico ou desenvolver complicações pós-operatórias”.

“Analisada pormenorizadamente a história clínica do doente, determinando-se o risco cirúrgico; identificando-se e controlando-se o seu estado de saúde; programando-se a realização de exames complementares de diagnósticos; definindo-se a terapêutica pré-anestésica e seus cuidados durante o intra-operatório; orientando-se e informando-se o utente acerca de todos os procedimentos, de modo a diminuir a sua ansiedade e, por fim, solicitando-se o preenchimento do consentimento informado” (Marek e Boehnlein 2003, p. 530).

O processo de Enfermagem inicia-se, durante o período pré-operatório, com a avaliação inicial após o indivíduo autorizar a intervenção cirúrgica, sendo que este “ é um processo progressivo e ordenado que exige da enfermeira as capacidades necessárias para a obtenção de dados significativos e pertinentes face à intervenção cirúrgica” (Sorensen e Luckmann, 1998, p. 1705).

“Durante o período pré-operatório, devem colher-se dados subjetivos e objetivos do doente e das pessoas que o apoiam, pois permitem obter um conjunto de informações indispensáveis à formulação de diagnósticos de enfermagem, o desenvolvimento de um plano de cuidados perioperatória e avaliar as respostas da pessoa às intervenções de enfermagem durante o pós-operatório” (Sorensen e Luckmann, 1998, p. 1705).

### **1.15.2.Preparação Psico espiritual**

Segundo Pitrez e Pioner (2003, p. 22), na preparação psico espiritual o enfermeiro deve “explicar ao utente todo o procedimento que envolve a cirurgia, desde os exames antecedentes até consulta pré – operatória”, que consistem em:

- Diminuir o medo quanto à anestesia, esclarecendo todas as dúvidas;
- Diminuir o medo em relação à dor e à morte;
- Explicar as rotinas pré-operatórias até ao momento da sua transferência para o bloco operatório, tentando tranquilizá-lo;
- Manter o ambiente calmo e tranquilo;
- Explicar as rotinas pós-operatórias e as primeiras sensações que poderão ocorrer;
- Atender às necessidades dos familiares, esclarecendo as suas dúvidas.

### **1.15.3. Preparação Física**

- Realizar exame físico aquando da admissão do doente, observando e registando “pontos” que podem desencadear negativamente a cirurgia;
- Providenciar a preparação de exames complementares de diagnóstico;
- Orientar o doente para a realização de exercícios respiratórios.

## **1.16. O Utente no Pós-Operatório**

Para Pitrez e Pioner (2003, p. 22), o pós-operatório “Inicia no momento em que é feito o curativo cirúrgico e o utente é removido da mesa cirúrgica e prolonga-se pelo tempo necessário à sua plena recuperação física, funcional e psíquica”.

O período pós-operatório consiste na fase de recuperação, tendo início quando o doente é admitido na unidade de cuidados pós-anestésicos e término quando a cicatrização estiver concluída. Este processo pode demorar dias, semanas ou meses (Sorensen e Luckmann, 1998p.1705). De acordo com Possari (2004, p.230), este período divide-se em pós-operatório imediato e em pós-operatório tardio.

### **1.16.1. Pós-operatório Imediato**

Para Possari (2004, p. 230), o período pós-operatório imediato inicia-se desde que o utente tem alta da sala de recuperação pós-anestésica até as primeiras 48 horas após a cirurgia. Já Santos (2005, p. 234) contrapõe que este mesmo período se enquadra nas primeiras 24 horas após a cirurgia.

“Os cuidados de Enfermagem, no período pós-operatório, são fulcrais para a evolução clínica do utente, pois baseiam-se na prevenção e tratamento de possíveis complicações. Assim, o mesmo autor realça a importância do conhecimento dessas mesmas complicações, de modo a possibilitar uma “ (...) rápida recuperação, evita infecções hospitalares, poupa tempo, reduz gastos, preocupações ameniza a dor e aumenta a sobrevida do utentes” Possari (2004, p. 230).

### **1.16.2. Pós-operatório Tardio**

Para Possari (2004, p. 231), “o período pós-operatório tardio inicia-se a partir das primeiras 48 horas pós-operatórias até ao momento da alta do utente”, enquanto Santos (2005 p. 235), explica que “consiste nos dias seguintes a partir do fim da cirurgia até ao momento da alta clínica do utente”.

Seguindo a linha de pensamento já referida, os enfermeiros não devem só promover o conforto e bem-estar do utente, mas também “ (...) ter um amplo conhecimento das alterações fisiológicas induzidas pelo ato cirúrgico, estando apto a detectar precocemente alterações que possam comprometer a evolução deste (...)” (Possari, 2004, p. 231).

## **1.17. Registro dos Cuidados de Enfermagem Perioperatória.**

Spry, (2009, p. 04) refere que “o enfermeiro perioperatório desempenha vários papéis e a sua atividade desenvolve-se em diversas áreas, nomeadamente gestão e liderança, educação, investigação, advocacia e prestação direta de cuidados no âmbito da instrumentação, circulação e anestesia”

Hoje o enfermeiro perioperatório põe em prática os seus saberes específicos antes, durante e após a cirurgia e desenvolve as suas funções de prestador de cuidados, de “advogado” do utente, de líder, de investigador, de educador e de gestor. Logo, segundo

(AESOP 2012, p. 08) “a combinação de todas estas actividades resulta efectivamente a administração de cuidados durante o período perioperatória”.

A ordem dos enfermeiros (2003, p. 40) define como registos de enfermagem “o conjunto de informações escritas, produzidas pelo enfermeiro, nas quais se compilam as informações resultantes do diagnóstico das necessidades de cuidados de enfermagem, do processo de tomada de decisão e implementação pelo enfermeiro e toda a restante informação necessária para a continuidade dos cuidados”.

Hesbeen (2000, p. 48) refere que “o registo escrito é necessário não só para formalizar, mas também, e sobretudo, para transmitir com rigor tudo o que se passou e tudo o que é importante partilhar”.

## **1.18. Diagnósticos de Enfermagem**

Na perspectiva de Smeltzer, (2009, p. 03), existem 4 meios de diagnóstico:

- Radiografia abdominal: identifica somente cálculos calcificados e ajuda a comprovar vesícula de porcelana, lama biliar e íleo biliar.
- Ultra-sonografia: procedimento diagnóstico de escolha. Baseia-se na análise das ondas sonoras reflectidas. A ultra-sonografia pode detectar os cálculos na vesícula biliar ou em um ducto biliar comum dilatado com 95% de exatidão.
- Exame com radionuclídeo ou Colecistografia: é empregada com sucesso no diagnóstico da colecistite aguda ou no bloqueio de um ducto biliar.
- Colecistografia: usada quando o equipamento de ultra-som não está disponível ou quando os resultados do ultra-som são inconclusivos. A colecistografia oral pode ser realizada para detectar os cálculos biliares e avaliar a capacidade da vesícula biliar para se encher, concentrar seu conteúdo, contrair-se e esvaziar.

Assim, o diagnóstico de enfermagem facilita o cuidado da enfermagem onde o enfermeiro cria sua opinião a partir do estado de saúde dos utentes.

### 1.18.1.Diagnósticos de Enfermagem e Planos de Cuidados ao Utente Submetido a uma Colecistectomia

De acordo com a *Norte American Nursing Diagnosis Association* (Nanda, 2008, p. 13), apresentam-se os seguintes diagnósticos de enfermagem e planos de cuidados ao utente submetido a uma colecistectomia:

<b>Diagnóstico</b>	<b>Meta</b>	<b>Objectivo</b>	<b>Prescrição</b>
<b><i>Risco de infecção</i></b>	O utente não contrairá a infecção	A incisão cirúrgica livre de sinais flogísticos; receberá os cuidados adequados com a ferida operatória	Higienizar as mãos antes de realizar o curativo; Realizar o curativo com técnica estéril; Avaliar a ferida operatória em busca de sinais de infecção; Monitorar sinais vitais;
<b><i>Risco de aspiração</i></b>	O utente não terá risco de broncoaspiração	O terá as vias aéreas pervias durante e após a cirurgia.	Avaliar nível de consciência; Monitorar saturação de oxigénio, aspirar se necessário o tubo orotraqueal durante a cirurgia e a cavidade oral e nariz após a extubação”
<b><i>Integridade da pele prejudicada</i></b>	O utente irá restabelecer a integridade da pele.	O utente irá recuperar a integridade da pele de acordo com a sua recuperação.	Realizar o curativo de acordo com a necessidade e com técnica asséptica”
<b><i>“Débito cardíaco diminuído</i></b>	O utente alcançará um controle de pressão arterial, ritmo e frequência cardíaca.	O utente entenderá a necessidade de fazer uso correto dos antiarrítmico e	Atentar para a monitorização da PA, FC, ECG; Administrar a medicação prescrita”.

		anti-hipertensivo.	
<b><i>Dor aguda</i></b>	O utente ficará livre da dor.	O utente receberá os cuidados que promovam o alívio da dor.	Administrar analgésicos prescritos para controle da dor”

Fonte: «elaboração própria».

Os cuidados de enfermagem proporciona para os utentes uma segurança e bem estar para uma boa qualidade de vida visando proteger, promover e preservar os cuidados de enfermagem.

### **1.19. Importância da Família ao Utente Submetido a uma Colectomia**

A família é imprescindível, para manter a qualidade de vida, sendo ela importante para manter todos os seus contatos e convívio com amigos e pessoas significativas, visto ser o único modo de evitar o isolamento e a solidão.

Segundo Boundy (2004, p. 16) “a família é considerada uma unidade primária de cuidado, pois ela é o espaço social onde seus membros se interagem, trocam informações, apoiam-se mutuamente, buscam e mediam esforços, para amenizar e solucionar problemas.”

“É visto portanto que é de fundamental importância que todos os familiares que convivem com este utentes tenha conhecimento oferecido pelos profissionais de saúde, principalmente médicos e enfermeiros que durante a internação hospitalar terão um convívio maior com este utentes sobre a doença, os sintomas apresentados por ela bem como os efeitos colaterais ocasionados pelo uso de medicações, o tratamento e o prognóstico para que haja uma melhor assistência prestada a esse utentes e, menos stress acarretado pelo papel de cuidador”.  
(*Ibidem*).

Ao lidar com saúde /doença, a família possui um potencial de ajuda para profissionais de saúde e também um suporte para o na sua recuperação.



## **1.20. As Necessidades Humanas Fundamentais de Virgínia Henderson Modelo Teórica**

Para melhor organizar as intervenções de enfermagem perioperatória nos períodos pré e pós-operatório ao submetido a cirurgia da litíase vesicular, recorreu-se ao Modelo Teórico de Virgínia Henderson e as 14 Necessidades Humanas Fundamentais (NHF).

Citando Henderson (2007, p. 07) “a enfermagem tem as suas raízes nas necessidades humanas fundamentais. É importante saber que “todas as pessoas têm necessidades comuns e perceber que estas são satisfeitas por padrões de vida infinitamente variadas, em que não há dois iguais, o que limita a capacidade do enfermeiro na avaliação dessas necessidades” (*ibid*).

“Para demonstrar como a própria função do enfermeiro está relacionada com os cuidados ou intervenções de enfermagem perioperatória, Henderson (2007, p. 03) fundamenta que para: Planear e executar o plano global de intervenções, quer seja para a melhoria da saúde, quer seja para a recuperação (...), todos os membros da equipa de enfermagem devem considerar o utente como o centro das intervenções, e consciencializar-se de que é uma pessoa que possui necessidades humanas fundamentais que devem ser avaliadas, e intervir de acordo com as mesmas”.

Não obstante essa variedade de padrões, “os cuidados básicos de enfermagem, considerados como um serviço decorrente de uma análise das necessidades humanas, têm universalmente o mesmo significado (*ibid*). Por outras palavras, “os cuidados são compostos pelos mesmos componentes identificáveis, mas esses devem ser modificados e prestados de várias maneiras de acordo com as necessidades de cada utente (*Ibidem*).

Passando a referir as necessidades humanas fundamentais de todos os utentes, como componentes básicos de enfermagem, Henderson (2007, p. 15-16) enumera as seguintes: Respirar adequadamente; Comer e beber adequadamente; Eliminar por todas as vias de eliminação; Deslocar-se e manter uma boa postura desejável (andar, sentar-se, deitar-se e mudar de posição); Dormir e descansar; Seleccionar roupas adequadas, vestir-se e despir-se; Manter a temperatura do corpo num nível normal, adequando a roupa e modificando o ambiente; Manter o corpo limpo, com boa aparência e proteger os tegumentos; Evitar perigos no ambiente e evitar magoar os outros; Comunicar com os outros expressando emoções, necessidades, medos; Praticar de acordo com a sua fé; Trabalhar em algo que proporcione um sentido de realização; Divertir-se ou participar em várias formas de recreação e Aprender, descobrir ou satisfazer a curiosidade que leva ao desenvolvimento normal e à saúde.

## **2. CAPITULO II ENQUADRAMENTO METODOLÓGICO**

## **2.1. FUNDAMENTAÇÃO METODOLÓGICA**

Neste capítulo está referido o tipo de investigação utilizada neste trabalho monográfico, que contém a descrição da população, os métodos e instrumentos de recolha de dados e as considerações éticas levadas a cabo durante o processo de colheita de dados.

Inicialmente foi elaborado um projeto sobre o tema que foi aprovado e apresentado para que possamos desenvolver o estudo.

O enquadramento teórico foi desenvolvido com base na revisão de literatura já existente, através de livros, sites académicos de carácter científico e monografias anteriores feitos sobre o respectivo tema sendo que foi desenvolvido um estudo qualitativo de cariz fenomenológico, onde a técnica de colheita de dados foi a entrevista semiestruturada.

O trabalho foi redigido de acordo com as normas do conselho científico da Universidade do Mindelo, com base no livro, Introdução à Investigação Científica, guia para investigar e redigir, tendo como autor o Magnífico Reitor da Universidade do Mindelo, Albertino Graça.

Tem como campo empírico o serviço do Centro Cirúrgico do H.B.S, onde depara-se com um elevado fluxo de cirurgias realizadas diariamente, nas quais os utentes necessitam de cuidados especializados

### **2.1.1. Tipo de Estudo e Meio**

Optou-se por uma metodologia qualitativa do tipo descritiva e exploratória de carácter fenomenológico, sendo que a população-alvo é constituída por sete Enfermeiras, que trabalham diariamente com utentes no Centro Cirúrgico do Hospital Baptista de Sousa (HBS). Esse estudo pretende demonstrar os cuidados de enfermagem no período pós-operatório ao utente submetido a uma cirurgia de colecistectomia de acordo com as condições existentes.

Optou-se pelo método de abordagem qualitativa pois é uma metodologia que serve para compreender o sentido da realidade social, na qual se inscreve a acção, tem por objectivo chegar a uma compreensão alargada dos fenómenos.

É de considerar que o método de abordagem qualitativa tem o ambiente natural como a fonte direta para a recolha dos dados, mantendo contacto directo com o objecto de estudo em questão

Nesse caso, torna-se uma mais-valia para o estudo uma vez que é utilizado no Hospital Baptista de Sousa, cenários de actuação de enfermagem para recolha de dados.

Este método tem como vantagens, gerar boas hipóteses de investigação, devido ao facto de se utilizarem técnicas como: entrevistas detalhadas, observações minuciosas, e análise de produtos escritos (relatórios, testes, composições).

Esta abordagem qualitativa permite obter dado sobre os indivíduos estudados, descrevendo a sua experiência humana tal como ela é vivida e definida.

Este método torna-se uma mais-valia para o trabalho, uma vez que é utilizado o Hospital Baptista de Sousa como fonte direta para a colheita, onde há cenários de actuação de enfermagem para recolha de dados, mantendo-se assim o contato direto com o objecto de estudo.

### **2.1.2. Instrumentos de Recolha de Dados**

Todos os passos de um trabalho de investigação são importantes, mas a recolha de dados é fundamental para a sua realização. Deste modo, o instrumento de recolha de dados utilizado para a elaboração do estudo é um guião de entrevista semi-estruturada.(ApêndiceIII)

A entrevista semi-estruturada é uma técnica que o investigador utiliza frente ao investigado onde formula-se perguntas de acordo com tema em estudo, com o objectivo de obtenção dos dados que interessam à investigação. É uma forma de interacção social. em que o investigador busca recolher dados para obtenção de informação necessaria acerca do que as pessoas sabem, crêem, esperam, sentem ou desejam, pretendem fazer, respeito do teme em estudo.

Essa pesquisa foi do tipo informal, com perguntas abertas, onde foi possível colher dados importantes para complementar o estudo pretendido, perspectivando Gil(1999, pg.111) “o que se pretende com entrevistas deste tipo é a obtenção de uma visão geral do problema pesquisado, bem como a identificação de alguns aspectos da personalidade do entrevistado.”

É de salientar que foi realizada individualmente, em que teve duração necessária para cada enfermeira respondessem às questões em casa coforme a vontade própria, e, posteriormente, procedeu-se a sua transcrição com a máxima originalidade possível e análise do conteúdo técnico.

No entanto para que as entrevistas podessem ser realizadas, foi necessario a entrega de cada participante um termo de consentimento informado, cujo o objectivo convida-los a participar no estudo, esclarecendo-lhes sobre questões éticas do presente estudo.

### **2.1.3. Princípios Éticos**

Para que fosse possivel a recolha dos dados, foi entregue à Comissão de Ética do H.B.S um requerimento (Apêndice I), uma carta disponibilizada pela Universidade do Mindelo (Anexo I), assinada pela coordenação do curso para comprovar que somos estudantes da mesma, para solicitação de dados hospitalares.

Para que a recolha dos dados fosse possível, e para garantir os direitos supracitados dos participantes foi-lhes fornecido um termo de consentimento informado livre e esclarecido (Apêndice II), que tem como objetivo convidá-los a participarem da pesquisa, esclarecendo-lhes que as suas participações são totalmente voluntárias, tendo a livre escolha de recusar a participar, ou desistir em qualquer momento.

Informando-lhes também que só serão utilizadas na pesquisa onde serao tratados com absoluto sigilo e confidencialidade de modo a preservar a identidade de cada participante, atribuido-lhes um código.

### **2.1.4. População**

Segundo Santos (2008, p. 46), “população é um conjunto completo de pessoas que apresentam características em comum (...), onde se pretende estudar a percepção de humanização de cuidados de enfermagem segundo os enfermeiros”.

A escolha da população vai de encontro da investigação para que os objetivos fossem atingidos, onde foi necessario estabelecer alguns critérios de inclusão para a escolha dos participantes

Como critérios para selecção da amostra do estudo em relação aos enfermeiros foram:

- Trabalho diário com utentes no pós-operatorio;
- Trabalho no contexto hospitalar;
- A vontade exposta de participar.

O público-alvo deste estudo é constituído por enfermeiros do Hospital Baptista de Sousa, mais precisamente Centro Cirúrgico.

#### **2.1.5. Campo empírico**

Este trabalho teve como campo empirico o Hospital Baptista de Sousa (H.B.S), mais precisamente no serviço do Centro Cirúrgico, onde foi desenvolvido o estudo com sete enfermeiras que representaram o publico alvo referente a esta investigação .

##### **2.1.5.1. O Espaço Arquitectónico e o Circuito do Bloco Operatório do H.B.S.**

O Bloco Operatório está situado na sala nova do Hospital Dr. Baptista de Sousa, funcionando diariamente, vinte e quatro sob vinte e quatro horas com urgências e das oito às quinze para as programações. Dentro destas, temos as cirurgias de utentes internados e as ambulatorias, atendendo as valências de Cirurgia Geral, Cirurgia Plástica, Ortopneumatologia, Urologia, Oftalmologia, Otorrinolaringologia., Ginecologia/Obstetrícia, Maxilofacial, Estomatologia, distribuídos ao longo da semana.

É constituída por três salas cirúrgicas igualmente equipadas e destinadas à realização de cirurgias. As salas cirúrgicas são todas equipadas de igual modo de forma a garantir a monitorização dos utentes e a segurança dos mesmos e das equipas de saúde;

Pretendemos referenciar apenas as equipas fixas do bloco operatório do Hospital Dr. Baptista de Sousa, com ênfase para a equipa de enfermagem.

##### **2.1.5.2. Recursos Humanos do Bloco Operatório do H.B.S.**

Os recursos humanos do Bloco são constituídos pelo pessoal fixo que são: a equipa de enfermagem com quinze elementos; equipa de anestesistas com seis elementos, auxiliar de serviços gerais com seis elementos e um administrativo. Convém, ainda, contabilizar o pessoal não fixo, que é afecto ao serviço das especialidades cirúrgicas. São considerados como pessoal rotativo, mas que exercem as suas funções tanto no bloco operatório como nas próprias enfermarias, nas consultas de especialidades, bem como nos bancos de urgências e unidade de cuidados especiais.

Para as cirurgias eletivas, o bloco operatório funciona das oito às quinze horas, de segunda a sexta-feira com dias pré-definidos para cada especialidade, que deverá encaminhar ao bloco a sua programação até ao meio dia, da véspera da cirurgia. Em relação às cirurgias de urgências, este serviço está disponível ao longo das vinte e quatro horas do dia e a entrada no bloco é determinada pela gravidade do caso.

Aquando da escolha do público-alvo, foi decidido escolher apenas enfermeiros que trabalham em contexto hospitalar. Esta opção do investigador, surge devido ao fato da realidade e o trabalho desenvolvidos com os utentes em meio hospitalar serem diferentes comparados com outras realidades. Desta forma decidiu-se não juntar diferentes realidades, de modo a não enviesar os dados recolhidos.

Dos 15 enfermeiros que trabalham diariamente no Centro Cirúrgico houve 7 enfermeiros que participaram neste estudo, que constitui a população desse trabalho de investigação.

## 2.2. Caracterização da População Alvo

Neste sub-capítulo, encontram-se dados que caracterizam o público-alvo para a realização deste trabalho, constituído por sete Enfermeiras com características próprias e individuais de acordo com as necessidades para dar resposta aos objetivos pretendidos. No quadro seguinte apresentam-se algumas características do público-alvo do estudo.

## 3. Apresentação das características do público-alvo.

	<b>Género</b>	<b>Idade</b>	<b>Habilitações Literárias</b>	<b>Anos Actividades profissionais Enf.</b>	<b>Anos Actividades profissionais B.C</b>
<b>N1</b>	Fem	45	Licenciatura	27	25
<b>N2</b>	Fem	49	Licenciatura	23	22
<b>N3</b>	Fem	42	Licenciatura	20	16
<b>N4</b>	Fem	25	Licenciatura	2	1.5
<b>N5</b>	Fem	38	Licenciatura	1,6	1.6
<b>N6</b>	Fem	38	Licenciatura	14	13
<b>N7</b>	Fem	41	Licenciatura	18	12

O público-alvo foi caracterizado de acordo com as seguintes categorias: Género, idade, habilitações literárias, anos actividades profissionais em Enfermagem, anos actividades profissionais no Centro Cirúrgico. Da análise efetuada relativamente ao género pode-se verificar que a amostra é constituída por sete enfermeiras onde pode notar-se um domínio total do género feminino. Tal pode ser explicado pelo fato de no serviço existir 15 enfermeiros, em que 13 são enfermeiras e 2 enfermeiros.

Esta característica pode ser justificada, pelo facto de existir mais Enfermeiras do que Enfermeiros no activo, e como afirma Pereira (2006, p. 114) a Enfermagem foi sempre desenvolvida no seio de uma profissão predominantemente feminina.

Em relação a faixa etária, esta situa-se entre os 20 a 50 anos de idade. De referenciar que existe um enfermeiro entre 20 a 30 anos, um enfermeiro entre 31 a 40 anos, dois enfermeiros entre 41 a 50 anos, quatro enfermeiros.

No que diz respeito ao grau académico este engloba os 7 Enfermeiros, todos licenciados.

Relativamente, aos anos de prática desta profissão vai desde 1 aos 30 anos. Sendo que um enfermeiro trabalha entre 1 a 5 anos, um enfermeiro trabalha entre 6 a 10 anos, um enfermeiros entre 11 a 15 anos, um enfermeiros entre 16 a 20 anos, dois entre 21 a 25 anos um e entre 25 a 30 anos um enfermeiro.

No que toque, aos anos de prática desta profissão esta vai desde 1 aos 25 anos. Sendo que dois enfermeiros trabalham entre 1 a 5 anos, um enfermeiro trabalha entre 6 a 10 anos, um enfermeiros entre 11 a 15 anos, um enfermeiros entre 16 a 20 anos e dois enfermeiros entre 21 a 25 anos.



#### **4. CAPÍTULO III - FASE EMPÍRICA**

Com o fim da etapa da recolha de dados foi necessário efectuar a análise e a interpretação dos mesmos que, de acordo com a metodologia utilizada, foi iniciada com a transcrição das entrevistas e respectiva análise do conteúdo. Assim, neste capítulo encontra-se uma parte referente a caracterização da população alvo, a apresentação dos resultados obtidos através das entrevistas, efectuando uma análise destes, e a apresentação das respostas obtidas, para o cumprimento dos objetivos desta investigação.

#### **4.1. Análise dos Resultados e Tratamento de Dados**

Neste sub-capítulo é apresentada a análise dos dados obtidos com a finalidade de tornar mais fácil a compreensão e interpretação dos resultados. Assim, os resultados da pesquisa serão apresentados de modo a demonstrar os dados obtidos, obedecendo à sequência do instrumento de recolha de dados.

Inicialmente será realizada a caracterização da população alvo, abordando os aspectos: idade, género, habilitações literárias, anos de actividades profissionais enfermagem, anos actividades profissionais no Centro Cirúrgico.

Foi codificada cada entrevista com a letra N, e um número 1 a 7, o que significa, por exemplo, N1 se refere a entrevista do primeiro enfermeiro que foi entrevistado.

De seguida serão apresentados os resultados obtidos através das questões colocadas, de modo a avaliar os conhecimentos acerca da temática do estudo.

Após a recolha de dados, procede-se à análise e tratamento dos mesmos. A apresentação dos dados obtidos será realizada através de tabela, com o objectivo de facilitar a visão global dos resultados. Este tipo de apresentação sintetiza a informação e torna-a mais compreensível.

Após a realização da colheita de dados e do tratamento da informação recolhida através da aplicação do instrumento de pesquisa, passa-se à apresentação dos resultados obtidos.

Tendo atingido esta etapa que é a análise dos resultados e tratamento dos dados, do trabalho monográfico e para que o investigador possa fazer uma análise dos dados, e de extrema importância a apresentação dos mesmos.

Através dos resultados obtidos e analisados de entrevista, foi possível verificar que a maioria das respostas vai de encontro com a literatura pesquisada anteriormente, transcrita no enquadramento teórico, no entanto em algumas questões não foi possível a sua comprovação com a teoria pesquisada. E para melhor compreensão a entrevista foi dividida em categorias e sub-categorias.

### **Categoria 1 – Percepção sobre o conceito**

Relativamente a esta categoria em que pretende conhecer o conceito da assistência de enfermagem pós-operatório, nem todos os entrevistados responderam de uma forma clara a questão que vai de acordo com a bibliografia utilizada sendo que a enfermagem pós-operatório é o período em que o utente é assistido durante a sua recuperação pós-anestésico.

Assim da análise dos resultados feitos aos 7 Enfermeiras percebe-se que as respostas vão de encontro a bibliografia no que toca a assistência de enfermagem pós-operatório, alguns deles conseguiram dar uma resposta que englobasse todos os critérios que definissem assistência de enfermagem pós-operatório.

**N1** “ (...) *Garantir recuperação, prevenindo recuperações (...)*”

**N3** “ (...) *Cuidados prestados ao utente para o equilíbrio do sistema orgânico (...)*”

**N7** “ (...) *Cuidados gerais no período de recuperação pós-anestésicos (...)*”

**Sub-categoria 1.1 – Percepção sobre os cuidados de enfermagem realizados a utente submetido a colecistectomia.**

Relativamente a essa sub- categoria pretendia saber quais os cuidados imprescindíveis realizados ao utente submetido a colecistectomia, para melhorar a humanização, e o papel do enfermeiro frente a este cuidado, e de referir que todos os entrevistados responderam de uma forma clara e objetiva esses cuidados, onde se verifica uma semelhança e complementaridade das respostas obtidas

De acordo com esses resultados o investigador pode concluir que as respostas dos entrevistados coincidem com a literatura pesquisada por parte do investigador e tem uma base científica lógica.

**N1** “ (...) *Alívio da dor, posicionamento adequado, providenciar conforto, prevenir complicações e infeções, atendimento personalizado, ver o utente na perspetiva biopsicossocial e mais comunicação (...)*”

**N3** “ (...) Alívio da dor, posicionamento do utente , vigiar hemorragias, manter ambiente tranquilo, prevenir complicações, ter um plano de cuidados, proporcionar o bom retorno às actividades de rotina, repouso, apoio psicológico, vigiar acessos venosos, drenos e sinais vitais, dar segurança e conforto, maior qualidade na assistência, ver o biopsicossocial cuidados centrados no utente (...) ”

**N6** “ (...) Observar o estado neurológico, drenos acessos venoso posicionamento do utente, dar segurança, confiança e conforto, minimizar dor e diminuir ansiedade, ver sinais vitais, atender o utente no seu todo e analisá-lo biopsicossocialmente (...)”

No que diz respeito aos cuidados de enfermagem a submetido a cirurgia de colecistectomia os 7 enfermeiros focalizaram mais:

- Prevenção de complicações
- Alívio da dor
- Posicionamento adequado
- Proporcionar o bem estar do utente
- Observar o estado neurológico
- Cuidar no seu todo
- Dar segurança, confiança e conforto
- Apoio psicológico
- Avaliar os sinais vitais
- Atendimento personalizado
- Maior qualidade na assistência
- Aumentar o espaço físico e o número de enfermeiros
- Chamar o utente pelo seu nome
- Comunicação com o utente e familiares.

Relativamente aos cuidados, as 7 enfermeiras vão de encontro à bibliografia no que toca aos cuidados de enfermagem no pós-operatório, onde enquadraram dentro do contexto para conseguirem dar uma resposta que englobasse todos os cuidados prestados ao utente submetido a uma colecistectomia, para melhoria da humanização.

#### **Categoria 2 : Limitação da prestação da assistência de enfermagem**

Nesta categoria enquadra-se as dificuldades presentes na prestação dos cuidados de enfermagem, as necessidades para melhoria do prestação dos mesmos, e o que o

enfermeiros possam fazer para favorecer o bem estar e as condições necessárias para uma boa privacidade no pós-operatório.

Neste sentido permite que o investigador afirmar que os profissionais mesmos com as suas limitações em relação os recursos humanos e materiais, conseguem dar respostas a esse atendimento.

Nesta análise de dados conclui-se que o atendimento é sempre influenciado pelos os recursos materiais, sendo que foi refreenciado por todos os entrevistados. Assim sendo pode-se constatar-se que os enfermeiros não dependem apenas de si para a sua prática, mas também estão envolvidos os recursos materiais e não menos importante o método da empresa na qual exerce a sua profissão.

**N1** “ (...) *Inadequação do espaço físico e recursos materiais, aumentar número de enfermeiros, aquisição de recursos materiais, preparação psicológica(...)*”

**N2** “ (...) *Privacidade do utente , recursos humanos e materiais, anestesistas permanentes na sala do recobre, boa comunicação, materiais necessários para conforto, falta de biombos e cortinas (...)* ”

**N3** “ (...) *Escassez de material, pouca privacidade, recobre superlotado, melhorar condições físicas do recobre, falta de materiais seguros, leito bem arrumado (...)* ”

**N4** “ (...) *Realização da ficha de check-list, consulta de anestesia, recurso a materiais, mais enfermeiros, anestesista no SRPA, mais equipamentos, competências, sigilo profissional, respeitar princípios éticos, falta de biombos, cortinas (...)* ”

**N6** “ (...) *enfermeiros insuficientes, escassez de material, consulta de enfermagem, comunicação, orientar o utente dando conforto e segurança, manter ambiente calmo, falta de separação de camas (...)* ”

**N7** “ (...) *Espaço físico, número de enfermeiros insuficiente, preparação do utente no pré-operatório, falta de recursos materiais, humanização dos cuidados de enfermagem, misturas de utentes de especialidades diferentes, falta de biombos (...)* ”

Para os Enfermeiros, as dificuldades mais recorrentes são:

- Enfermeiros Insuficientes
- Camas insuficientes
- Lençóis insuficientes
- Roupas insuficientes para os utentes
- Espaço físico reduzido
- Falta de equipamentos

- Falta de privacidade para os utentes

Concluimos que a gestão dos recursos humanos ocupa um papel vital em qualquer organização prestadora de cuidados de saúde, e que os utentes perante os cuidados de saúde têm uma expectativa elevada dos profissionais de saúde, para providenciar uma boa qualidade de vida.

Assim as necessidades para a melhoria do serviço na prestação dos cuidados de enfermagem face ao utente submetido a uma cirurgia de colecistectomia, é de destacar a preocupação dos Enfermeiros no que toca a:

- Aumentar o número de enfermeiros;
- Aquisição de recursos materiais;
- Consulta de enfermagem;

Logo os cuidados de saúde e as tecnologias têm de estar conciliados objetivamente nos cuidados de enfermagem, assim como o espaço físico e a satisfação dos profissionais e do utente.

Ainda para favorecer o bem-estar dos utentes face a cirurgia de colecistectomia os 7 enfermeiros acharam mais pertinentes os seguintes aspectos:

- Preparação psicológica
- Humanização dos cuidados de enfermagem
- Sigilo profissional
- Materiais seguros
- Orientar o utente, dando conforto e segurança.

É necessário uma conduta profissional no ato de cuidar, descobrir o outro na sua singularidade, acompanhá-lo com a finalidade de proteger a sua vida, respeitando-o sempre ética e deontologicamente.

Da análise feita aos 7 Enfermeiros, pode-se notar que para os mesmos, as condições necessárias para a privacidade dos utentes são:

- Falta de materiais (biombos, cortinas, camas)
- Espaço físico
- Misturas de utentes de especialidades diferentes

Da análise dos dados apresentados conclui-se que, há uma certa carência em termos de recursos materiais e humanos que proporcionariam ao enfermeiro melhores condições de trabalho, e privacidade do utente, possibilitando-os ganho de tempo para dar ao utente a devida atenção que precisa.

## **DISCUSSÃO DOS RESULTADOS**

Tendo atingido esta etapa do trabalho monográfico, é ainda necessário proceder as conclusões e algumas reflexões acerca da temática em estudo: **Assistência de Enfermagem no Pós- Operatório: Cuidados de Enfermagem ao Utente Submetido a Colecistectomia.**

Para que o investigador consiga de uma forma precisa e profunda efectuar uma análise crítica dos dados que foram analisados e tratados, achou-se pertinente fazê-lo através dos objetivos de investigação de estudo. Desta forma tentar-se-á, com os dados obtidos, dar resposta a cada uma delas, tornando-se mais facilitador apontar estratégias para colmatar alguns constrangimentos detectados ao longo do estudo e dar cumprimento aos objetivos formulados.

De acordo com os resultados obtidos nas entrevistas, pode-se verificar que maioria das respostas vai de encontro com a revisão bibliográfica efectuada, mas constata-se que, em algumas das questões os mesmos ficaram aquém das afirmações dos autores.

➤ Identificar cuidados de enfermagem no período pós-operatório ao utente submetido a colecistectomia no Centro Cirurgico do H.B.S.

Tendo em conta o objetivo referenciado, e a partir da análise do conteúdo elaborado, o investigador constatou que, a maioria entrevistada acharam pertinente os principais cuidados de enfermagem pós-operatória aos utentes submetidos a uma colecistectomia: o alívio a dor, evitar complicações, posicionamento adequado, avaliação dos sinais vitais, proporcionar conforto, segurança e bem estar do utente, observar o estado neurológico, cuidar no seu todo, apoio psicológico, atendimento personalizado, maior qualidade na assistência, aumentar o espaço físico e o número de enfermeiros, chamar o utente pelo seu nome e uma boa comunicação com o utente e familiares.

➤ Descrever os cuidados que os enfermeiros utilizam para favorecer o bem-estar dos utentes face a cirurgia no Centro Cirúrgico do H.B.S.

Relativamente a este objetivo, e através da análise do conteúdo realizado, surgiram várias práticas para favorecer o bem-estar do utente submetido a uma cirurgia de colecistectomia, pois todos os enfermeiros indicaram cuidados que vão de encontro a essa assistência.

Nota-se que os enfermeiros entrevistados dão grande importância as relações estabelecidas aquando da prestação de cuidados. No entanto é de realçar que todos os



entrevistados conseguiram indicar mais do que duas práticas para a assistência de enfermagem que deixa o investigador bastante satisfeito sobre essas práticas.

Um dos aspectos que marcou o investigador foi o facto de um dos entrevistados ter falado dos direitos do utente, e estes são vários, mas alguns deles são cruciais e têm de estar em todos os momentos da prestação de cuidados, independentemente dos constrangimentos sentidos pelo profissional como por exemplo, o sigilo profissional consentimento informado e a privacidade do utente .

É de realçar que os cuidados no pós-operatório, de acordo com os entrevistados, a maioria mostraram a preocupação na individualização do utente através de biombo entre as camas e na separação entre as mulheres, crianças e homens da SRPA (recobro) com a finalidade de preservar a intimidade e privacidade do utente.

- Identificar as dificuldades presentes na prestação dos cuidados de enfermagem aos utentes submetidos a uma colecistectomia no Centro Cirúrgico do H.B.S.

Após a análise, e dando resposta a este objetivo, constatou-se que as dificuldades referenciadas para a prestação de cuidados de assistência de enfermagem foram várias.

Seis enfermeiras referiram a falta de mais enfermeiros no sector como sendo um constrangimento à prática de assistência de enfermagem no pós-operatorio . Constatou-se que todas as 7 enfermeiras fizeram referência a falta de recursos materiais para uma melhor prestação de cuidados aos utentes. Aquando dos recursos humanos, seis enfermeiras fizeram referência a essa problemática.

Assim sendo, podemos considerar que o enfermeiro na sua actuação, não depende apenas de si, mas também do ambiente que o envolve . Neste ponto merece o destaque o facto de que os enfermeiros consideram o espaço físico inadequado, visto que na maioria das vezes não possui condições que lhes permitem uma boa assistência de enfermagem.

No que toca aos recursos materiais o investigador notou durante as entrevistas uma clara deficiência em termos de camas para o número de cirurgia que são realizados diariamente, bem como a falta de lençóis para estender nas camas e para cobrir os utentes .

Falando dos recursos humanos, presenciamos que alguns enfermeiros demonstram dificuldades em dar conta do número de utentes por enfermeiro, visto que na SRPA existe um enfermeiro para mais de 10 utentes que passam diariamente pela SRPA.

Então, nestas condições, o investigador interroga-se como será possível a assistência de enfermagem, visto que o enfermeiro precisa de condições materiais e recursos humanos para tal.

Relativamente a falta de recursos humanos, acredita-se que é um factor indispensável para uma boa prática profissional e para ganhar tempo necessário para dedicar a cada indivíduo.

Nesta temática, conclui-se que a prestação de cuidados é sempre influenciada pelo espaço físico, recursos humanos e materiais, e se este não for favorável a assistência de enfermagem será comprometida. No entanto, o investigador considera que houve aspectos que foram referenciados pelos profissionais em minoria que não deixam de ser os importantes para os utentes.

- Conhecer as necessidades do enfermeiro para melhorar a humanização dos cuidados de enfermagem pós-operatório no Centro Cirúrgico do H.B.S.

Por fim dessa análise, o objetivo referenciado, a partir do conteúdo elaborado, o investigador constatou uma preocupação por parte dos entrevistados para melhorar humanização dos cuidados de enfermagem.

Quatro das enfermeiras afirmam que a humanização dos cuidados é definida pela perspectiva biopsicossocial, atendendo o utente no seu todo, uma das enfermeiras referiu um aspecto muito importante que é chamar o utente pelo seu nome, outra enfermeira referiu que a necessidade de fazer melhor humanização dos cuidados de enfermagem é centrado no utente ou seja uma enfermagem de proximidade, o que deixa o investigador muito satisfeito vendo a evolução de enfermagem no dia-a-dia.

Perante estes resultados o investigador pode concluir que a maioria dos entrevistados, vai de encontro com o contexto elaborado, foram capazes de dar uma resposta mais clara e objetiva para melhorar a humanização dos cuidados de enfermagem pós-operatório, pois baseiam-se em três aspectos importantes: a perspectiva biopsicossocial, a personalização dos cuidados e o cuidar humano.

Daí que para os entrevistados as necessidades do enfermeiro para melhorar a humanização dos cuidados de enfermagem pós-operatório está clara para os profissionais de enfermagem, mas há necessidade de colocá-las em prática, que será possível com o tempo e com o empenho das gerações vindouras.

## **4.2. Reflexões Finais**

Ao chegar a esta etapa do nosso estudo e efectuando uma retrospectiva de todas as fases que tivemos de ultrapassar, sentimos que cada etapa constituiu um desafio, uma luta para alcançar os objetivos com que iniciámos esta investigação.

Este estudo foi iniciado através de uma evidência empírica sustentada pela vivência prática em contato com utentes submetidos à cirurgia de colecistectomia, durante os ensinamentos clínicos e também, pelo interesse em contribuir para uma visão mais alargada do tema.

Através das várias etapas do processo de investigação (fase conceptual, fase metodológica e fase empírica), procedeu-se à elaboração deste trabalho monográfico, com o objetivo de identificar cuidados de enfermagem no período pós-operatório ao utente submetido à colecistectomia no Centro Cirúrgico do H.B.S.

No fim desta investigação, sucedem-se algumas considerações finais, em relação à concretização dos objetivos, conclusões e resultados do estudo, metodologia, dificuldades e limitações na sua realização, sugestões, implicações para a Enfermagem e o que este pode vir a representar para futuras investigações.

A elaboração deste estudo de investigação teve por base a identificação da assistência de enfermagem realizadas pelos Enfermeiros aos utentes submetidos à cirurgia da colecistectomia no serviço do bloco operatório do Hospital Baptista de Sousa (HBS).

O tema deste trabalho surgiu por interesse pessoal e curiosidade despertada durante ensinamentos clínicos, e pelo interesse dos conteúdos teóricos aprendidos ao longo deste percurso.

Na fase conceptual formulou-se o objecto de estudo e apresentou-se o tema, a pergunta de partida, assim como um quadro teórico e os objetivos deste trabalho monográfico. A fase metodológica é referente à metodologia utilizada neste estudo, e inclui o tipo e método de estudo, a população escolhida, as variáveis, o instrumento de recolha, a realização, bem como as considerações éticas e interpretação dos resultados.

De toda a pesquisa bibliográfica, da respectiva análise dos conteúdos efetuados, e às entrevistas elaboradas, vão de acordo a uma análise geral de todas as questões de investigação onde verificou-se alguma concordância entre elas.

Na elaboração do trabalho monográfico realizou-se um primeiro contacto prático com a área de investigação em Enfermagem. As dificuldades inicialmente previstas foram de

fato sentidas, dada a inexperience neste tipo de trabalho, mas no entanto foram sendo ultrapassadas com o empenho pessoal e dedicação, e também do apoio prestado pelo orientador.

Também houve dificuldades na procura de bibliografia que sustentasse o estudo, assim como, a discussão dos resultados foi um obstáculo significativo na realiza o deste trabalho,   de reconhecer que, apesar de ser o primeiro trabalho de investiga o, ainda existem muitas lacunas por corrigir e eliminar.

Assim, para todos os entrevistados, verificou-se que a assistência de enfermagem no pós - operatório tem uma parte fundamental nesta profissão, no entanto, todos os enfermeiros conseguiram identificar de forma geral os cuidados da mesma, assim sendo os cuidados de enfermagem segundo os profissionais, depende das competências técnicas e práticas, contudo, também foram referidas algumas dificuldades, para garantir a sua realiza o.

Apesar da complexidade do tema abordado, ao concluir este estudo, considerou-se ter alcançado de forma positiva os objetivos propostos, bem como, contrib do para a investiga o em Enfermagem.

Pode-se concluir que o aprofundar de conhecimentos permitiu um crescimento interior, a prepara o no domínio da investiga o e também a consciencializa o sobre as altera es referente a cirurgia de colecistectomia

Para finalizar pode-se dizer que esta experiência foi extremamente enriquecedora, pois permitiu aprofundar conhecimentos numa área de grande importância para a prática desta profissão, onde contribuiu para o desenvolvimento do investigador no campo da investiga o.

Considera-se que os objetivos propostos no início do trabalho foram atingidos. Além disso espera-se que este trabalho não fique apenas por aqui, e que dele se possam retirar ideias úteis que levadas   prática possam enriquecer a assistência de enfermagem.

Todas estas sugestões têm como fim melhorar a qualidade dos cuidados de Enfermagem prestados, de modo a que possa permitir maior adesão no tratamento, assim como preven o de futuras complica es.

Em suma,   de referir que foi com grande empenho e dedica o que este trabalho monográfico foi elaborado e que, pelo seu caráter, contribui para o desenvolvimento pessoal e intelectual, assim como a aquisi o de capacidades que, ao longo desta licenciatura, ainda não tinham sido adquiridas, e que num futuro próximo ele irá contribuir

para colaborar em possíveis mudanças de comportamentos quer a nível profissional, como Enfermeiro, quer a nível social, como pessoa e colocar-se no lugar do outro.

Sendo a saúde uma área que está em constante atualização, nunca se dá por concluído um tema de investigação, pelo fato das informações serem atualizadas com o passar do tempo, devido a novas descobertas.

Com a realização deste trabalho monográfico aprofundou-se os métodos e técnicas de investigação científica, e aumentou os conhecimentos teórico - práticos sobre a temática em estudo, sendo um contributo para este processo de formação.

Assim, conclui-se que um estudo desta natureza nunca se dá como terminado, podendo sempre apresentar uma nova abordagem que lhe dará continuidade.

Notámos que estamos diferentes, que crescemos, que evoluímos, que passámos a olhar para a investigação como sendo algo que tem de fazer parte do nosso dia-a-dia se pretendemos a excelência dos cuidados e enfermeiros capazes de dar uma resposta adequada às necessidades dos utentes.

## 5. SUGESTÕES

Não se pode terminar este trabalho sem antes deixar algumas sugestões que poderão melhorar a qualidade dos cuidados de enfermagem dos serviços prestados no bloco operatório do H.B.S, abaixo indicadas.

- Implementar cirurgias de colecistectomia técnica laparoscópica, denominada videolaparoscópica.
- Colocar cortinas para separar as camas para uma melhor privacidade dos utentes.
- Adquirir equipamentos electrónicos em quantidade suficiente para uma melhor eficiência;
- Aumentar recursos humanos no serviço para ir de encontro com as necessidades dos utentes;
- Adequar o espaço físico da recobre as necessidades dos utentes;
- Melhorar a gerência dos recursos materias (lençóis, cobertores e roupas no B.C) para uma melhor qualidade de trabalho;
- Implementar consulta pré operatória de enfermagem para a preparação do utente para a cirurgia;
- Proporcionar aos estudantes de enfermagem a aquisição de conhecimentos e desenvolvimento de competências no âmbito da enfermagem perioperatória.

## 6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Associação dos enfermeiros de sala de operações portuguesas (AESOP). (2006). enfermagem perioperatória da filosofia á prática dos cuidados, lusodidacta

Associação dos Enfermeiros de Sala de Operações, (AESOP), (2010) “Práticas Recomendadas para o Bloco Operatório”, Portugal, Impressão e acabamento-Multitema, SA.

Barrett, M.B, (1996). enfermagem perioperatória, in: black, j.m., jacobs, e.m., enfermagem médico cirúrgica - uma abordagem psicofisiológica, guanabara koogan, rio de janeiro, v.1, p 98-110.,

Burns, L.S,(1993). Assistência de enfermagem no período pós-operatório in smeltzer,s.c.;bare,b.g., brunner/ suddarth tratado de enfermagem médico-cirúrgica, guanabara koogan 7ª ed., v.1, p.373-84,

Black e Esther M. Jacobs.Luckmann e Sorensen – enfermagem medico- cirúrgica-uma abordagem psicológica. 4ª edição, vol. i, editora guanabara koogan s.a. (7- 29).

Boundy, Janice, (2004). Enfermagem médico-cirúrgica. 3ed. rio de janeiro: reichmann e affonso editores,

Cabral, D. M. (2004). Cuidados Especializados em Enfermagem Perioperatória: contributos para a sua implementação. [Tese de Doutoramento]. Porto: Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar-Universidade do Porto.

Dennison, P.D, (1996). Cuidados de enfermagem aos clientes com enfermidades nas vias aéreas superiores in: black, j.m., jacobs, e.m., enfermagem médico cirúrgica - uma abordagem psicofisiológica, guanabara koogan, rio de janeiro, v.2,p.1027-42.

Ana Duarte; Olga Martins (coords.). Enfermagem em bloco operatório. Lidel, Lisboa, 03 (03-09).

Fortin, marie-fabienne, (1999). O processo de investigação: da concepção à realização. loures, lusociência.

Fortin, marie-fabienne, (2009). Fundamentos e etapas do processo de investigação. loures, lusodidacta.

Relatorio Estatístico (2013), Ministerio da Saúde da Republica de Cabo Verde, (2014). Praia, Agosto de 2014.

Rothrock (coord.). in Jane C. Cuidados de enfermagem ao utentes cirúrgico. 13ª Edição. Loures, Lusodidacta, 271, 273, 279, 280, 286 (271-296).

Gil, António Carlos (1999) – Métodos e técnicas de pesquisa social. 5 ed. São Paulo: Atlas.

Ghilioni B W: Cholelithiasis: Current treatment options, Am Fam Physician 48(5):762-768, 1993.

Hesbeen, walter, (2006). Trabalho de fim de curso, trabalho de humanidade, emergir como o autor do seu próprio pensamento. lusociência, 34.

Henderson virgínia, (2007). “Princípios básicos dos cuidados de enfermagem do cie” portugal, lusodidacta, - sociedade portuguesa de material didático, lda.

Jacobs,e.m., (1996), Cuidados de enfermagem aos clientes com enfermidades hepáticas in: black, j.m.,

Jacobs, e.m. (1996), Enfermagem médico cirúrgica - uma abordagem psicofisiológica, guanabara koogan, rio de janeiro, v.2, p.1660-69,

Jacobs E.M, (1996). Cuidados de enfermagem aos clientes com enfermidades intestinais in: black, j.m., jacobs, e.m., enfermagem médico cirúrgica - uma abordagem psicofisiológica, guanabara koogan, rio de janeiro, v.2, p.1570-74, 1585-1598..

López M e Cruz M, (1998). Guias práticos de enfermagem: centro cirúrgico. rio de janeiro, editora mcgraw-hill.

Marek J F Boehnlein M J, (2003). in: phipps, w. et al.Enfermagem médico-cirúrgica: conceitos e prática clínica. loures, lusociência; p. 525-539.

Monteiro, e.l.c; santana, e.m. (2006), Técnica cirúrgica. rio de janeiro: guanabara koogan,.

Norte american nursing diagnosis association. (2008), Diagnósticos de enfermagem da nanda: definições e classificação. porto alegre: artmed.

Nucleus Medical Media (2011). Anatomy of the Gallbladder. Smart Imagebase.

Ordem dos Enfermeiros (Março de 2001), – Padrões de qualidade, revista da Ordem dos Enfermeiros, n.º2, p.15, Portugal.

O'donnell MM, (1996). Perturbações cardiovasculares, in: thelan, l.a. et al, enfermagem em cuidados intensivos - diagnóstico e intervenção, lusocidacta, lisboa, 2ª . p.328-332.

Paloma A S, (1996). Intervenção e terapeutica cardiovascular, in: thelan l.a. et al, enfermagem em cuidados intensivos - diagnóstico e intervenção, lusocidacta, lisboa, 2ª . p.350-356.



Pitrez, Fernando, Pioner Sérgio, (1999). “O utentes cirúrgico e sua abordagem“. in fernando pitrez e sérgio pioner (coords.). pré e pós-operatório em cirurgia geral e especializada. porto alegre, artmed, 17, 18, 19, 20, 21 (17-22).

Possari, João Francisco, (2003). Assistência de enfermagem na recuperação pós-anestésica (RPA). São Paulo: Iatria.

Kuzie Mendes Junior, (1998). Planificação e condução geral do pós-operatório in: p.97-102.

Rothrock C. Jane, Alexender, (2008).Cuidados de enfermagem ao utentes cirúrgico, 13ª edição lusodidacta.

Santos, (2005). Centro cirúrgico e os cuidados de enfermagem. 2ª edição. são paulo, editora iátria, p 230 239.

Santos, A.L.G.S.; Backes, V.M.S.; Vasconcelos, M.A, (2002). A assistência humanizada ao cliente no centro cirúrgico: uma experiência apoiada na teoria humanística de Paterson & Zdera. São Paulo. Rev. Nursing, n.º 48, p. 25-30.

Silva, M.; Rodrigues, Cesaretti, (1997), Enfermagem na unidade de centro cirúrgico. 2ª edição. são paulo, editora pedagógica e universitária.

Smeltzer, Suzanne C. O’connell. Brunner e Suddarth, (2009).Tratado de enfermagem médico-cirúrgica. 1. ed.rio de janeiro, rj: guanabara koogan


Sorrentino, S, (2001). Fundamentos para o auxiliar de enfermagem. Porto alegre,artmed.

Streubert, Helen J. e Carpenter, Dona R, (2002). Investigação qualitativa em enfermagem: avançando o imperativo humanista. 2ª ed, loures, lusociência.

Wesbeen, W, (2000). Cuidar no Hospital: Enquadrar os cuidados de Enfermagem numa perspectiva de cuidar. Lusociência 1ª edição.

## 7. ANEXOS

### Anexo-I Carta Fornecida pela Coordenação de Enfermagem de Universidade do Mindelo

 **UNIVERSIDADE DO MINDELO**  
*Apresenta-se*

**12<sup>o</sup>**  
Anos

**12 ANOS EM PROL DA SOCIEDADE DO CONHECIMENTO**

Exma. Senhora Directora  
Hospital Baptista De Sousa  
Dra. Sandra Vasconcelos

Mindelo, 04 de Novembro de 2014

Assunto: Recolha de Dados para realização da Monografia do Final de Curso


A Coordenação do Curso de Licenciatura em Enfermagem da Universidade do Mindelo, vem por este meio informar que no âmbito da Unidade curricular Seminários de Avançados de Enfermagem e Investigação Científica, integrado no 1º Semestre do 4º Ano do curso os discentes finalistas estão desenvolvendo os trabalhos de conclusão de curso (monografias).

Nesse sentido a Coordenação do Curso vem por este meio mui respeitosamente requerer a Vossa Exma. a autorização para realizarem a colheita de dados necessários a realização da investigação referente a monografia.

Em anexo o plano de distribuição dos referidos discentes nos campos clínicos bem como a lista dos diferentes temas de monografias e o respectivo orientador.

Em caso de alguma dúvida adicional não hesite em contactar via um dos contactos abaixo listados,

Grata pela atenção disponibilizada em prol da educação e formação da nova geração de enfermeiros de Cabo Verde.

  
A Coordenadora de Enfermagem  
**UNIVERSIDADE DO MINDELO**

Enf.ª Acelia Mireya Caceres  
Universidade do Mindelo  
Departamento Escola de Saúde  
Tel.: 2316810 / 2318515 - E-mail: mireya.caceres@uni-mindelo.edu.cv

Rua Padre Lameiras, CP 940 - Mindelo - São Vicente - CABO VERDE  
Email: info@uni-mindelo.edu.cv - e-mail: geral@uni-mindelo.edu.cv Telefone: (00351) 2316810 - Fax: (00351) 2318515  
B117 - 30.7.70/95

## **Anexos II - Tabelas Elaboradas através dos dados do publico-alvo**

<b>Género</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Masculino	0	0%
Feminino	7	100%
<b>Total</b>	<b>7</b>	<b>100%</b>

### **7.1. Tabela nº 1: Distribuição do público-alvo segundo o género**

<b>Idade</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
[20;30]	1	14.29%
[31;40]	2	28.57%
[41;50]	4	57.14%
<b>Total</b>	<b>7</b>	<b>100%</b>

### **7.2. Tabela nº 2: Distribuição do público-alvo segundo o género**

<b>Grau Académico</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Licenciatura	7	100%
Bacharelado	0	0%
<b>Total</b>	<b>7</b>	<b>100%</b>

### **7.3. Tabela nº 3: Distribuição do público-alvo segundo grau académico**

<b>Anos prática profissional Enf</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
[1; 5]	1	14.29%
[6; 10]	1	14.29%
[11; 15]	1	14.29%
[16; 20]	2	28.57%
[21; 25]	1	14.29%
[25; 30]	1	14.29%
<b>Total</b>	<b>7</b>	<b>100%</b>

**7.4. Tabela nº 4: Distribuição do público-alvo segundo anos prática profissional Enfermagem (Enf)**

<b>Anos prática profissional no B.C</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
[1; 5]	2	28.57%
[6; 10]	1	14.29%
[11; 15]	1	14.29%
[16; 20]	1	14.29%
[21; 25]	2	28.57%
<b>Total</b>	<b>7</b>	<b>100%</b>

**7.5. Tabela nº 5: Distribuição do público-alvo segundo anos prática profissional Enfermagem no Bloco Cirúrgico (B.C)**

Obs: N = Tamanho da Amostra

## 8. Apêndices

### Apêndice I Solicitação de Autorização para Recolha de Dados.

*Resposta*  
*Interesse do seu pedido*  
*em b. vago e de um*  
*projeto em anexo*  
*18/03/15*

**UNIVERSIDADE DO MINDELO**  
ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE  
CURSO DE ENFERMAGEM

Ex mo Sr (a) Sandra Monteiro  
Director(a) do Hospital Baptista de Sousa

**Assunto: Solicitação Autorização para Recolha de Dados**

Eu, abaixo assinado, Helder Barbosa Baia, estudante do curso de Licenciatura em Enfermagem, na Universidade do Mindelo, nº2565, 4ºano, pretendo desenvolver uma pesquisa para obtenção do grau de Licenciatura cujo tema é Assistência De Enfermagem no Perioperatória. Sendo que é um trabalho de investigação científica, necessito de uma autorização para aplicar a técnicas de recolha de informações nomeadamente a estudo de caso, respeitando todos os passos da ética de um trabalho científico.

Diante do exposto, venho mui respeitosamente requerer a V Exª se digne autorizar-me a fazer o estudo em questão e dar-me o acesso ao serviço do Bloco Operatório, no período compreendido entre o mês de Março até meados do mês de Junho, para a recolha de informações pertinentes para a pesquisa, nomeadamente a recolha de dados, consulta de arquivos e documentos relacionados com o referido tema.

Peço deferimento,  
Saudações Profissionais

Mindel, Março de 2015

Assinatura  
Helder Barbosa Baia  
/Helder Barbosa Baia/

**UNIVERSIDADE DO MINDELO**

**HOSPITAL BAPTISTA DE SOUSA**  
341 17/03/15  
*Concedida*

*A Comissão*  
*20/04/2015*  
*17/04/15*  
*Autorização para*  
*recolha de dados*

## Apêndice II- Termo de consentimento informado

### Termo de Consentimento Informado

Prezado(a) Senhor (a) \_\_\_\_\_

Helder Barbosa Baía, aluno n.º 2565, do 4º Ano do Curso de Licenciatura em ENFERMAGEM na UNIVERSIDADE DO MINDELO, a fim de desenvolver o Trabalho de Conclusão de Curso, com o Título: Assistência de Enfermagem no Pós-operatório: Intervenções de Enfermagem ao Utente Submetido a uma Colecistectomia, vem por este meio mui respeitosamente convidá-lo (a) a participar numa entrevista para o trabalho referido, que tem como objectivo geral: Identificar cuidados de enfermagem no período pós-operatório ao utente submetido a uma de colecistectomia de acordo com as condições existentes no Hospital Batista Sousa, (Bloco Cirúrgico, Recobre) através da entrevista semiestruturada. É importante esclarecer que a sua participação é totalmente voluntária, podendo o (a) Sr. (a) recusar-se ou mesmo desistir a qualquer momento sem que isto acarreta prejuízo à sua pessoa. Informa-se ainda que as informações só serão utilizadas para fins do Trabalho de Conclusão de Curso, garantindo o anonimato do entrevistado. As perguntas serão colocadas verbalmente e as respostas depois serão transcritas para o formato de papel. Caso tenha alguma dúvida ou necessita de maiores esclarecimentos pode contactar através dos seguintes números: Móvel- 982-09-48 ou pelo correio electrónico **hhelderbaia@gmail.com**.

Eu, _____, aceito participar nesta pesquisa. De acordo com a minha disponibilidade fornecerei toda a informação necessária que seja útil para o seu trabalho.
---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

\_\_\_\_\_  
Assinatura

Mindelo, Outubro de 2015

O Discente

Helder Barbosa Baía

\_\_\_\_\_  
Assinatura

### Apêndice III- Guião de entrevista

#### Guião de entrevista

Eu, **HELDER BARBOSA BAÍA** n.º 2565, do 4º Ano do Curso de Licenciatura em Enfermagem da Universidade do Mindelo, a fim de desenvolver o Trabalho de Conclusão de Curso, com o Título: Assistência de Enfermagem no Pós-operatório: Intervenções de Enfermagem ao utente Submetido a colecistectomia, vem por este meio mui respeitosamente convidá-lo (a) a participar numa entrevista para o trabalho referido, que tem como objectivo geral: quais os cuidados de enfermagem a um utente submetido a uma colecistectomia no pós-operatório?

1. Sexo Feminino \_\_\_\_\_ Masculino \_\_\_\_\_
2. Idade \_\_\_\_\_ Anos
3. Formação inicial \_\_\_\_\_
4. Escolaridade \_\_\_\_\_
5. Nível de ensino \_\_\_\_\_
6. Tempo de actividade profissional: \_\_\_\_\_ Anos
7. Tempo de actividade profissional no bloco operatório \_\_\_\_\_ Anos

1ª O que entendes por assistência de enfermagem pós-operatório?

2ª Quais os cuidados de enfermagem realizados ao utente submetido a colecistectomia?

3ª Qual o papel do enfermeiro frente a este cuidado?

4ª Na sua opinião quais os cuidados são imprescindíveis para uma boa assistência de enfermagem no pós-operatório ao utente submetido a colecistectomia?

5ª Quais as dificuldades presentes na prestação dos cuidados de enfermagem aos s submetidos a uma colecistectomia?

6ª Indica algumas necessidades que o serviço possa melhorar a prestação dos cuidados de enfermagem face ao utente submetido a cirurgia?

7ª O que é que os enfermeiros utilizam para favorecer o bem-estar dos s face a cirurgia?

8ª Para si há condições necessárias para uma boa privacidade no pós-operatório aos s nesse serviço? Se não quais? 9ª O que faria para melhorar a humanização dos cuidados de enfermagem no pós-operatório (recobro)?

#### ApêndiceIV- Elaboração do cronograma

##### **CRONOGRAMA**

<b>Actividades</b>	<b>Jan</b>	<b>Fev</b>	<b>Mar</b>	<b>Abr</b>	<b>Mai</b>	<b>Jun</b>	<b>Jul</b>	<b>Ago</b>	<b>Set</b>	<b>Out</b>	<b>Nuv</b>	<b>Dez</b>
Apresentação e entrega do projecto	<b>X</b>											
Pesquisa Bibliográfica	<b>X</b>	<b>X</b>	<b>X</b>	<b>X</b>	<b>X</b>	<b>X</b>	<b>X</b>					
Revisão do Trabalho								<b>X</b>	<b>X</b>	<b>X</b>		
Entrega do Trabalho final											<b>X</b>	
Apresentação do Trabalho Final												<b>X</b>



